REPORT OF THE

Auditor General
of New Brunswick

Highlights

Volume 1 - 2003

104-02643/

Report of the Auditor General Volume 1 - 2003 Highlights

This booklet of Highlights has been prepared to help readers obtain a quick understanding of the work that we performed this year and our findings. The format consists of a brief description of the background and scope for each chapter that appears in our Volume 1 - 2003 Report, and the results of our work. Since the first chapter of our Report presents an overview of our work during the year, I have included most of that chapter in this booklet.

Daryl C. Wilson, FCA
Auditor General

9 December 2003

Table of Contents

Chapter 1 - Introductory Comments 1

Chapter 2 - Department of Family and Community Services - Child Day Care Facilities 9

Chapter 3 - Department of Finance - Tax Expenditure Programs 10

Chapter 4 - Department of Health and Wellness
Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units 11

Chapter 5 - Department of Supply and Services
Management of Insurable Risks to Public Works Buildings 13

Chapter 6 - Crown Agency Governance 15

Chapter 7 - Follow-up on Prior Years' Audit Work 20

Chapter 8 - Office of the Auditor General 20

Report of the Auditor General Volume 1 - 2003 Highlights

Chapter 1

Introductory Comments

Timeliness

At the time of writing of this annual Report, it appears that the Province's audited financial statements for the year ended 31 March 2003 will not be issued until at least November 2003. This would be more than seven months after year end. In order for information to be used for decision-making and accountability, it must be timely. When a government is already seven months into the next fiscal year, decisions made using this information could have limited benefit. But perhaps more importantly, is the fact that the taxpayers are still waiting to see how their money was spent. Some provinces in Canada release their audited financial statements before the end of June. Our own Province should adopt a similar reporting regime.

This year's Report will be in two volumes

The annual Report of the Auditor General normally includes a chapter on financial indicators. However, due to the government's lateness in closing its accounts we were not able to include such comments in this volume. We intend to prepare a second volume of the Report, which will include our financial observations, and this volume will be released early in the new calendar year. We also plan to include in that volume work we have done on the management of absenteeism, focusing on sick leave. My Office is also doing work on the salmon aquaculture industry and our findings are expected to be published in June 2004. The Federal Auditor General's Office and the Office of the Auditor General of British Columbia are also examining the salmon industry and we are planning a joint release of our reports.

There are a number of issues that I would like to raise in this chapter, some related to the projects we did this year, some related to operations of the Office of the Auditor General and others of a more general nature. I will start by emphasizing the importance of good governance and accountability.

Comments on this year's work

Governance

Over the past few years, there have been a number of private sector scandals that have resulted in the collapse of companies like Enron in the U.S. and Bre-X Minerals in Canada. These scandals have caused an increase in the public awareness and interest in issues of board

reporting on this year will help the Corporation, other Crown agencies and government improve governance practices in the Province of New Brunswick.

Accountability

This year we also undertook an audit on the accountability of psychiatric hospitals and psychiatric units. The genesis for this audit was similar to that of Crown agency governance, in that more and more services are being delivered outside the direct control of a government department. For instance, many health services such as addiction services, extramural care, cancer care, cardiac care and mental health services are under the management of the Regional Health Authorities. With growing control at the regional level and more money being spent to support regional operations, it becomes increasingly important to have central mechanisms in place to ensure the government is achieving its objectives in these programs. The results of work in this area are found in chapter 4. Our overall conclusion was that the Department of Health and Wellness does not have appropriate accountability processes in place for the operations of psychiatric hospitals and psychiatric units. In other words it is not receiving sufficient information to evaluate performance. My Office's work in this area will be of even greater value to the government and Legislative Assembly (and ultimately to the citizens of the Province) if it is used as a basis to evaluate other situations where service is being delivered outside the direct control and supervision of a department.

Child day care facilities

The Legislative Assembly has passed legislation, and the government has established standards for child care facilities in the Province of New Brunswick. We thought the Members would be interested in knowing whether or not the Department of Family and Community Services has appropriate policies and procedures to ensure there is compliance with the legislation and standards. We found that while the Department has established processes for approving and inspecting day care facilities, they are not adequate and they do not always ensure compliance with legislation and standards. The results of this work are found in chapter 2.

Tax expenditures

In chapter 3, we make some observations and recommendations concerning tax expenditures. "Tax expenditures" is the term given to foregone revenues due to special exemptions, deductions, or rebates that reduce the amount of tax that would otherwise be payable to the Province. For instance, the sales tax exemptions on gasoline used by farmers and fishermen would be a tax expenditure. As a result of our work, we have noted that tax expenditures do not receive the same annual scrutiny and approval by the Legislative Assembly as ordinary expenditures. Furthermore there is no public reporting on the effectiveness of these programs.

Management of insurable risks

In the late 1980s the government decided to no longer insure provincial buildings, meaning that all losses related to events such as fire would be

borne by the taxpayers. We were interested in determining how the Department of Supply and Services manages the risks for the public buildings it is responsible for. In other words, what steps are being taken to minimize the risk of a loss occurring to one of our buildings? The results of our work are found in chapter 5.

Comments on action taken to address recommendations of prior years

I will highlight a number of issues from our follow-up chapter 7 on prior years' recommendations. Our policy is to track the disposition of our recommendations for a period of four years after they first appeared in our Report.

In some cases there have been few recommendations adopted

This is the last year we will be reporting on our 1999 work on the Department of Health and Wellness' role in food safety standards, and on governance at New Brunswick Liquor Corporation. In 1999 we made 36 recommendations related to the Department's role in ensuring food service establishments comply with food safety standards. Only four recommendations have been implemented since that time. I am very disappointed to see such slow progress in an area that is directly related to the safety of our citizens. All of the recommendations that have not been acted upon are listed in chapter 7. The thirteen recommendations that were not agreed to by the New Brunswick Liquor Corporation are also listed in chapter 7.

There has been a very positive response to some audit recommendations

Most of our follow-up findings have been positive. In 2001 we made 74 recommendations as a result of an audit of the Pupil Transportation Branch within the Department of Education. In two years the Department has implemented fifty recommendations and partially implemented another fourteen. This is a significant accomplishment. Also the Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture has implemented all eight recommendations related to an audit of controls over cash handling and inventory and the Department of Finance has implemented all six of our recommendations related to a review of a new automated accounts receivable system.

Adoption of some recommendations is beyond the responsibility of one department

I draw the attention of the Members of the Legislative Assembly to four recommendations that we made in 2000 as a result of a review of legislation in the Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture. These recommendations were made with the objective of assisting the Legislative Assembly in fulfilling its responsibility of ensuring legislation is being effective and relevant. While the recommendations were made initially to the Department they are applicable to all departments that are responsible for administering legislation. The four recommendations are found in paragraphs 7.98 to 7.102. I hope that both the Legislative Assembly and the government will see the value in these recommendations and that appropriate action will be taken.

New appendix

I have added a new feature this year to our annual Report and that is a brief description of all significant audits we have conducted in departments and Crown agencies over the past six years. This

information has been grouped by department and agency and is found in Appendix 1.

Comments on the operations of my Office

There are three issues concerning the operations of the Office of the Auditor General that I am bringing to the attention of the Legislative Assembly. I believe these issues are extremely important because they relate directly to the Legislative Assembly's responsibility to hold the government of the day accountable and the ability of the Auditor General to act independently. And they can only be resolved by the Legislative Assembly. The issues are:

- the process for approving the annual budget of the Office of the Auditor General;
- my Office's current budget situation; and
- the method of appointing the Auditor General.

The process for approving the annual budget of the Office of the Auditor General

Section 17(1) of the *Auditor General Act* requires the Auditor General to submit a budget request annually to the Board of Management. The Board of Management, which is a sub-committee of Cabinet, makes the final determination of the amount included in the Main Estimates for the operations of the Office. So, in effect, the body we are mandated to audit determines the amount to fund our operations.

It is interesting to note that section 4(4) requires the Auditor General to determine the manpower requirements of the Office, but of course this has no meaning if the funding is not provided. Of greater concern, however, is that the body I report to, the Legislative Assembly, is not involved in the process at an early enough stage to allow it to significantly influence the outcome.

The budgets of at least seven audit offices are submitted directly to committees of the Legislative Assembly for approval in compliance with the legislation of those provinces. In one jurisdiction (Ontario), the budget is submitted initially to the government, then to a committee of the Legislative Assembly. In this case, there is provision for the chair and vice-chair of the Public Accounts Committee to attend meetings of the Board of Management when the budget of the audit office is reviewed.

The independence of the Office would be greatly enhanced and the Legislative Assembly would have increased assurance that the Office was capable of fulfilling its responsibilities, if the Legislative Assembly or a legislative committee was involved in the budget review process.

In my 2001 annual Report I pointed out that, since I am an Officer of the Legislative Assembly, I should have a legislative committee that I can approach on matters of an administrative nature. Reviewing my Office's annual budget could be one of those administrative matters.

My Office's current budget situation

As a result of the current arrangement, the Legislative Assembly is not aware of any requests for increased personnel or funds which are not accepted by the Board of Management. While my Office has on a number of occasions accepted government budget guidelines, we have on other occasions requested extra staff and associated funding. They were not approved. As a result, my current funding supports a staff of 23, whereas seven years ago it supported 27.

For the 2004-05 fiscal year I will be requesting, under subsection 4(4) of my Act, two additional senior auditors and under subsection 17(1) an increase of $200,000 in funding. The extra staff is necessary to provide more extensive audit coverage in health, education, the environment and automated systems, areas of financial significance that have an impact on all New Brunswickers. The extra funding is to cover the cost of the extra staff, and to provide adequate funding for training, technology and other support services.

Method of appointing the Auditor General

The Auditor General is an Officer of the Legislative Assembly who by legislation is granted a term of office between five and ten years and can only be removed from the position on a two-thirds vote of the Legislative Assembly. This provides important independence to the Auditor General, but there is a serious shortcoming surrounding the method of appointment. Section 3(1) of the *Auditor General Act* gives the Lieutenant-Governor in Council the responsibility to appoint the Auditor General. There is no provision in the Act for government to consult with the other parties in the Legislature. In effect the power to appoint the auditor has been given to the body that the auditor will be auditing. This should be of concern to the Legislative Assembly which looks to the Auditor General for objective information and independent advice.

Since the Auditor General must be a non-partisan appointment, there should be some involvement of all political parties in the process. I understand that this has been done in the past as a matter of courtesy, but there is no requirement to do so. In British Columbia, the appointment follows a recommendation from a special committee of the Legislative Assembly and the Legislative Assembly itself. The Legislative Assembly is also directly involved in the appointment in Alberta, Ontario, Quebec and Newfoundland. In Saskatchewan and Ontario, there is consultation with the Chair of the Public Accounts Committee. The Auditor General must be independent and be seen to be independent. I ask that action be taken to ensure there is involvement by the Legislative Assembly in the appointment of all future Auditors General.

Other comments of a general nature

Risk management

In two of our audits this year we made recommendations concerning risk management. For instance in our audit of child day care facilities we said the Department of Family and Community Services "... should use a risk management approach or have a standard method of prioritizing inspection work for the Day Care Services Program." And in our audit of risk management for buildings, we recommended that the Department

of Supply and Services "develop and document a risk management plan. The plan should identify all significant risks to each of its buildings ... and document what procedures are required to identify risk factors in each building."

Last year in our work on environmental inspections we stated, "to aid in the enforcement of their legislation, the Department should use a risk management approach and develop an inspection strategy and an inspection plan. The inspection plan should identify the required inspection work, both the areas for inspection and the frequency of inspection."

In 2001 one of our recommendations on pupil transportation was that, "the Department should clearly discuss the major risks of bus safety in its training material provided to students. The Department should consider the use of national accident statistics as a method of informing both children and parents where the risks are."

And in 1999 when we did our work on food safety we had this to say. "By doing risk assessments of food service establishments, inspectors will be able to determine the required inspection frequency, plan the necessary activities and then schedule them accordingly. Risk assessments should be updated on an annual basis....To use resources more effectively, higher-risk food service establishments should be targeted as having priority in the schedule."

From the work we did this year and previous years there appears to be a significant need for risk management training and skills. The need to identify and manage risks undoubtedly extends to most if not all departments. Because of this I see it as a central government issue and would look to Board of Management for the necessary leadership in providing this training.

New Brunswick's local governments do not follow PSAB

The Public Sector Accounting Board (PSAB) has been established by the Canadian Institute of Chartered Accountants (CICA) to issue recommendations and guidance with respect to matters of accounting in the public sector. The government of New Brunswick follows PSAB recommendations for its financial statements but has not required municipalities to do so. I believe the quality of financial reporting by local governments would be greatly improved if they were required to follow these recommendations. PSAB recognizes that financial statements should provide evidence of accountability and "report the information required by legislators and other users to help them make assessments and judgments concerning government financial operations and management."

Local governments in New Brunswick currently follow the Municipal Financial Reporting Manual in reporting their financial results. The Manual was developed in 1993, and while there have been a couple of updates since that time, it is not as comprehensive as PSAB, nor does it

have the authoritative standing of a national independent standard setter. I have been informed by the Department of the Environment and Local Government that they "plan to fully review the PSAB recommendations in 2004 in order to determine the extent of further study required prior to conducting a complete Reporting Manual revision in 2005."

While I understand there may be challenges to be faced in accepting PSAB for local governments, I would encourage the Department and government to do so. At the present time the provinces of Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta and British Columbia have adopted PSAB for their local governments.

About our Office

In most of our work we examine the extent to which a department or Crown agency has commented on its performance, either in delivering a service or in meeting annual objectives or performance indicators. We make recommendations when we believe they are warranted.

We are constantly reminded of our own responsibility in this area, because we too must be efficient and accountable. Chapter 8 represents our annual accountability report, which we believe is in compliance with the government's annual report policy. There we report on our goals, performance indicators and results.

A key indicator of our performance has traditionally been the survey results from members of the Public Accounts and Crown Corporations Committees. This year, due the provincial election, the committees did not meet to discuss our Report until late in 2003 and for this reason we did not conduct the surveys.

This year we made a significant effort to finalize our 2003-2008 strategic plan. The new strategic plan identifies three main goals that we will be concentrating on over the next five years. These are:

- the Legislative Assembly and the public are aware of and value all the work that we do, and have confidence in our ability to provide timely, objective and credible information;
- departments and agencies accept and implement our recommendations; and
- our stakeholders – the Legislative Assembly, the public, auditees and our employees – view us as leading by example.

These goals have related objectives and actions. The strategic plan has also resulted in us identifying new performance measures. A more full discussion on our strategic plan is found in chapter 8.

Chapter 2

Department of Family and Community Services

Child Day Care Facilities

The Department of Family and Community Services (Department) is responsible for the Day Care Services Program (program). The purpose of the program is to approve and monitor day care facilities to ensure that children who attend are safe and receive quality care.

On 31 March 2002, there were 359 approved day care facilities in the Province, providing 11,193 spaces. The number of approved day care facilities and spaces has been increasing at a slow but steady rate over the past ten years.

As an Office, we are interested in issues related to public safety and we have attempted to provide information that will assist in holding the government accountable for legislation it created to ensure the safety of the people of New Brunswick. Over the past six years, we have performed audits involving the Office of the Fire Marshal, pupil transportation, high-risk drivers, domestic well water quality, food safety and ambulance services. It is our interest in pursuing government accountability for safety legislation that led us to select the Day Care Services Program for audit. This program is responsible for the safety of a group who cannot speak publicly for themselves...our children.

The objective for this audit was:

> *To determine if the Department of Family and Community Services has appropriate policies and practices to ensure compliance with the Province's legislation and standards for child day care facilities.*

Results in brief

While there is an established process for approving the operation of day care facilities, it is not always followed and it does not incorporate all of the regulatory requirements. We found cases where Certificates of Approval were issued without verification of compliance with the *Day Care Regulation* and Child Day Care Facilities Operator Standards. We found evidence that approvals are not being issued consistently by all of the regional offices due to differing requirements. And, we found that some requirements of the *Day Care Regulation* are not incorporated into the Department's process of approving day care facilities.

The Department has a standard form that, when used properly, would result in effective inspections being performed efficiently. However, the Department does not have established processes for prioritizing and performing inspections and for enforcing the standards. As a result, we found that inspection coverage is not adequate; inspections are being effectively performed at some day care facilities but not completely performed in others; and inspection results are not always linked to the approval process or enforcement actions.

The Department has not established formal policies and procedures for the Day Care Services Program.

The Department does not have appropriate procedures to measure and report on the effectiveness of their program for approving and monitoring child day care facilities.

We believe there are two key challenges to the Day Care Services Program. A proper decentralized program structure needs to be developed and the program's growth needs to be addressed.

Chapter 3

Department of Finance

Tax Expenditure Programs

We typically associate government programs with the expenditure budget. But not all government programs are offered in this manner. Governments are also offering programs using various tax revenues. Ever since the introduction of personal income tax, there have been deductions and exclusion programs that have reduced the tax revenue.

These programs have the effect of reducing taxes paid by certain taxpayers and, as such, reducing the tax revenues otherwise due to the Province. These types of programs are commonly referred to as *tax expenditures*.

Tax expenditures can be viewed as providing financial assistance to certain groups of taxpayers or as providing economic incentives that encourage specific taxpayer behaviour.

Some examples of provincial tax expenditure programs and the benefits to the affected taxpayers are identified below.

Examples of provincial tax expenditure programs

Tax	Program	Benefits to affected taxpayers
Personal income tax	New Brunswick low income seniors' tax benefit	$100 per year for seniors in receipt of either a Guaranteed Income Supplement, Allowance for Survivor or Extended Spouse's Allowance
Gasoline and motive fuel tax	Exemptions for aquaculturists, farmers, fishermen and silviculturists	Provides for point of sale tax exemptions on motive fuel and refund of tax on both gasoline and motive fuel
Real property tax	Assessment reduction program	Partial exemptions for qualifying properties owned by charitable and qualifying non-profit organizations

Tax expenditures affect the financial position of the Province in the same way as direct spending programs. A dollar in forgone revenue has the same impact on the Province's surplus or deficit as a one-dollar increase in direct expenditure. We believe that tax expenditure programs can have economic effects that are identical to government direct spending

programs. In some situations, tax expenditures can be viewed as an alternative to direct expenditures.

However, tax expenditure programs and direct expenditure programs are not presented to the Legislative Assembly in the same way in the annual budget approval process. As well, there is currently no information available publicly on the cost of the tax expenditure programs offered by the Province. There is no means of knowing whether these programs are achieving what they set out to accomplish. It is possible that a program could have achieved its purpose and is no longer a useful program for taxpayers.

Our objective for this project was as follows:

> *To examine and assess the processes of approving, monitoring, evaluating and reporting provincial tax expenditure programs.*

Results in brief

Tax expenditure programs are not subject to the same stringent scrutiny of the Legislative Assembly that is applied during the process of approving the yearly expenditure budget. The Legislative Assembly approves the establishment of these programs, but does not receive sufficient information on a regular basis to assess their continuing relevance and value.

The tax expenditure programs we examined did not have measurable objectives that would indicate what the program was expected to achieve.

There is no formal process in place to guide the monitoring and evaluation of tax expenditure programs.

There is no public reporting on the effectiveness of tax expenditure programs.

Chapter 4

Department of Health and Wellness

Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units

According to the Canadian Mental Health Association (CMHA), studies indicate that approximately 20% of the general population has had some form of mental illness in the previous year and approximately 3% of the population is affected by serious mental illness causing profound suffering and persistent disablement. If we add family members, who carry a major burden of care, the figures of those impacted by mental illness in Canada would be multiplied two to three times.

The Mental Health Services Division (the Division) is one of five divisions within the Department of Health and Wellness (the Department). According to the Department, the Division's primary role is to provide central leadership and accountability for the effective,

efficient, and equitable delivery of all formal mental health services in the Province.

The Division oversees the operation of 13 Community Mental Health Centres (CMHCs). It also administers psychiatric services agreements with eight Regional Health Authorities (RHAs) in seven regions covering eight psychiatric units, one child and adolescent unit, and two institutions - the Restigouche Hospital Centre in Campbellton and Centracare in Saint John.

With growing control at the regional level and with more money being distributed to support regional operations, it becomes increasingly important to have central mechanisms in place to ensure the government is achieving its objectives. At the present time, many health services are under the management of the RHAs. Examples include addiction services, extramural hospital, mental health services provided by the psychiatric hospitals and units, and all health services offered by the hospitals in the RHA (cancer care, cardiac care, rehabilitation, etc.). As a reflection of this, the Department issued contributions, grants, and subsidies to hospitals totalling $826.1 million in 2001-02 representing approximately 59% of the entire Department of Health and Wellness expenditures for that year. The need for a strong accountability structure is extremely important.

Such a structure would allow the Department to maintain control over quality standards of care and consistency across regions. We decided to focus our audit on the accountability processes the Department has in place over the RHAs with regard to the performance of the psychiatric hospitals and units. We focused our efforts on the mental health sector due to both its importance to New Brunswickers and the significant amount of change that has occurred in this sector over the past fifteen years.

Although mental health is a relatively small component of the total contributions, grants, and subsidies issued to RHAs by the Department, we believe that the recommendations that result from this audit will be applicable to other decentralized accountability relationships in which the Department is involved.

The objective for our audit was as follows:

> *To assess whether the Department of Health and Wellness has appropriate accountability processes in place for the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units under the direction of the Regional Health Authorities.*

Results in brief

We found that the performance targets currently in place are insufficient to enable the Department to properly assess the performance of the psychiatric hospitals and units. We also found that the Department is not receiving sufficient accountability reporting information from the RHAs. We concluded that, given the

current level of reporting, it is not possible to properly evaluate the performance of the psychiatric hospitals and units.

Our overall audit conclusion is that the Department of Health and Wellness does not have appropriate accountability processes in place for the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units under the direction of the Regional Health Authorities.

We commend the Department for the recognition New Brunswick has earned for employing some best practices in mental health reform. It has achieved this recognition while focusing more on process feedback and qualitative information than quantitative information. We feel the Division's data collection and reporting processes require improvement since both are important components of an effective accountability relationship.

We recognize the mental health system is an integrated system that includes services provided through the psychiatric hospitals and units as well as the community mental health centres. One component of the system can not be measured in isolation from the other components. Although the focus of our audit was on the psychiatric hospitals and units, the Department should consider all services within the mental health system when implementing our recommendations.

The *Regional Health Authorities Act* sets the stage for an effective accountability framework between the Department and the RHAs. We recognize the legislation is fairly recent and acknowledge that steps to implement the provisions of the Act are underway. Grants issued to RHAs should be managed wisely and prudently by the Department to achieve value for money in the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units. Accountability elements that should be in place include: defined expectations that focus on measurable results, signed agreements that state RHA reporting requirements, and a commitment by the Department to monitor results and take corrective action in cases of RHA non-compliance with the agreements.

Chapter 5

Department of Supply and Services

Management of Insurable Risks to Public Works Buildings

One of the most valuable classes of assets owned by the people of New Brunswick is our provincial buildings. Although government does not track the cost of its buildings, some personnel we spoke to during our audit estimated the value at $4 billion or more. In order to manage and protect our provincial buildings, government should have a formalized and structured approach that identifies and assesses significant risk (i.e. fire and liability). The approach should ensure that appropriate strategies are designed for managing these risks.

In the late 1980s Board of Management considered a report on the insuring of provincial buildings. We were told that the report showed that for a period of over 10 years (1979 to 1989) the annual cost of insurance was significantly higher than the total insurance claims over the same period. As a result, government made the decision to no longer insure provincial buildings, making the taxpayers of New Brunswick liable for all claims arising from risks that had been previously covered through insurance.

Over the last decade cuts to the ordinary budget have decreased the funding available for maintenance expenditures. In 1993-94 DSS spent over $3.1 million, excluding salaries, but in 2002-03 it spent only $2.1 million. This represents a drop of over 32%, not allowing for inflation. If inflation were taken into effect, the real decline would be over 38%.

Over the last five years, the capital improvements budget for DSS buildings has been reduced from nearly $5.5 million in 1998-99 to only $3 million in 2003-04. This represents a drop in funding of over 45%.

Given the significant value of our buildings, the reduction in maintenance dollars, and because government no longer mitigates risks such as fire through insurance, we decided to do an audit in this area of risk management. The focus of our project was on how government manages risks previously managed through insurance. We decided, for reasons of practicality and time constraints, to limit our scope to only those buildings DSS is responsible for. But our findings may be applicable across government.

Our audit objective was:

> *To determine how the Department of Supply and Services manages significant insurable risks for the public works buildings it is responsible for.*

Results in brief

In the late 1980s government decided to no longer insure provincial buildings, making the taxpayers of New Brunswick liable for all claims arising from risks that had been previously covered through insurance. This increased the government's responsibility for identifying and managing these risks.

In 2001 the Department of Supply and Services was assigned responsibility for 400 buildings formerly the responsibility of the Departments of Transportation (DOT) and Natural Resources and Energy (DNRE). This responsibility includes the identification and management of risks associated with these buildings as well as those that were its responsibility at the time. DSS was given no additional resources to meet this added responsibility. DSS management noted that staff available to manage its buildings has declined significantly over the last five to ten years and, at the same time, maintenance funding available to address any problems identified by DSS has

been reduced. The lack of resources could impact the ability of DSS to address many of our findings.

DSS does not have a documented risk management plan in place that identifies the major risks to each building, and the corresponding procedures to identify any factors that could significantly affect these risks. As there are many different procedures, including inspections, that DSS could use to identify risk factors in the buildings, and since each building has different levels of risk associated with it, a risk management plan is necessary to ensure all buildings are adequately protected. A plan is also necessary to use limited resources to the best advantage.

There is a lack of documentation surrounding many of the procedures that DSS relies on to identify, and manage, risks. Because of this we found it challenging to determine if DSS was meeting many of our criteria. The lack of documentation also makes it difficult for DSS to determine if procedures it relies on are performed in a timely manner, or that problems are addressed in a timely manner.

When DSS was assigned responsibility for DNRE and DOT buildings in 2001 it agreed with the departments that DSS would perform various procedures related to risk management for these buildings. At the same time it was agreed that the departments would continue to manage the buildings on a day-to-day basis. DSS is not carrying out all of the procedures it agreed to, including the inspecting of these buildings to identify all significant risk factors.

Chapter 6

Crown Agency Governance

Our Office has performed five governance reviews over the past number of years. These have included:

- A general review of various Province of New Brunswick Crown agencies (1996)
- The Atlantic Lottery Corporation Inc. (1997)
- The eight regional hospital corporations (1998)
- The New Brunswick Liquor Corporation (1999)
- The Department of Finance - Pension Funds (2000)

At 31 March 2002 major New Brunswick Crown agencies held over \$4.7 billion of government assets. Related liabilities were over \$4.3 billion. Some \$904.2 million in provincial funding was provided to those Crown agencies during the year ended 31 March 2002. During that year major Crown agencies generated an additional \$1.9 billion in external revenues and their total expenditures exceeded \$2.7 billion. The financial significance of New Brunswick Crown agencies, combined with many recent changes in best practices associated with good

governance, and the lack of any overall support or guidance being provided to New Brunswick Crown agencies or their boards, led us to become heavily involved in the area.

Governance can be defined as the process and structure used to direct the business and affairs of a corporation with the objective of achieving the corporate mission. The process and structure define the division of power between the board and management. They also establish mechanisms for achieving accountability between management, the board of directors, and corporate shareholders. Putting it simply, governors (i.e. boards of directors) are to look out for the interests of the corporate shareholder (i.e. the Province of New Brunswick).

CCAF/FCVI Inc., a research organization focussing on public sector governance and accountability, has developed a list of the characteristics of effective boards. If a board truly exemplifies these characteristics, it will be providing effective governance and accountability. According to CCAF/FCVI, effective boards:

- are comprised of people with the necessary knowledge, ability and commitment to fulfil their responsibilities;
- understand their purposes and whose interests they represent;
- understand the objectives and strategies of the organization they govern;
- understand what constitutes reasonable information for good governance and obtain it;
- once informed, are prepared to act to ensure that the organization's objectives are met and that performance is satisfactory; and
- fulfil their accountability obligations to those whose interests they represent by reporting on their organization's performance.

We feel that effective Crown agency boards, as defined above, are best able to look out for the interests of the Province of New Brunswick and its citizens and act as major contributors to the success of their corporation.

In our opinion, the Legislative Assembly, which is a forum composed of representatives of the citizens of New Brunswick, needs to ensure that New Brunswick Crown agencies are governed effectively.

Our objective for this project was:

> *To summarize the results of our governance reviews over the past five years, review practices in other jurisdictions, and make major overall recommendations on steps the Province can take to improve Crown agency governance.*

In completing this work, we reviewed findings and documentation from our previous governance reviews and followed up where necessary. We also completed extensive research on best practices in governance in the private and public sectors both inside and outside New Brunswick. Additionally, we interviewed representatives of selected New Brunswick Crown agencies and the New Brunswick Executive Council Office. Finally, we reviewed various Crown agency documents and did some limited testing of recent appointments to New Brunswick Crown agency boards.

Summary of recommendations

Recommendations for central government (Executive Council, departments, and/or other organizations as applicable)

Appointments

Processes should be established to ensure that the expiry dates of board appointments are staggered to ensure continuity on Crown agency boards.

The level of compensation currently provided to board members should be reviewed to ensure it is sufficient to attract the best candidates to directorial positions and to adequately reward board members for their efforts.

Selection of a Crown agency board member should be primarily based on the demonstrated ability of a candidate to contribute to improved outcomes for the organization, and not their membership in a particular stakeholder or demographic group.

Corporate mandates and performance expectations

Responsible departments should develop memoranda of understanding with Crown agencies to ensure that there are common understandings of the mandate and performance expectations government has set for the Crown agencies.

As a minimum, government (represented by Board of Management, the Policy and Priorities Committee, or a similar body) should review all Crown agency strategic and business plans on a regular basis to ensure that Crown agency interpretations of legislation, mandate and government expectations are consistent with its own understanding.

Responsible departments should monitor Crown agency compliance with their own enabling legislation and other pertinent acts to reduce the risk of inappropriate actions being taken.

All Crown agency boards should be given responsibility for recruiting and hiring the CEOs for their agencies.

Guidance and support for Crown agencies

The Executive Council Office's coordinating role should be expanded to include providing guidance and support to Crown agencies in some or all of the following areas:

- **setting and periodically updating governance standards for use by all New Brunswick Crown agencies;**

- monitoring compliance with those governance standards;
- providing guidance to Crown agencies in the application of those governance standards;
- providing governance training opportunities for Crown agency directors;
- communicating the shareholder's perspective, government priorities, and emerging issues to Crown agencies;
- providing independent advice to Cabinet, Ministers, Boards and/or CEOs on Crown agency mandates, direction, plans, and performance, as requested; and
- identifying and coordinating major Crown agency policy issues and projects as required.

Accountability reporting

The Executive Council Office should be monitoring Crown agency annual reports to ensure that the government annual report policy is being complied with.

The government annual report policy should be amended to include the following two additional requirements.

- **That Crown agency annual reports include, where applicable, reference to the Crown agency's involvement in supporting the success of current government priorities and initiatives.**
- **That Crown agency annual reports include a statement of governance practices similar to that shown in the 2002 NB Power Corporation annual report.**

Recommendations for Crown agency boards of directors

Appointments

Crown agency boards of directors should be providing the responsible departments with selection criteria against which to evaluate candidates for board appointments.

Best practices for boards of directors

All Crown agency boards should ensure that ethical standards have been established for their agency and that there is a system in place to monitor compliance with those standards.

All Crown agency boards should seriously consider establishing an audit committee to provide additional focus to the board's review of the integrity of the agency's internal control and management information systems.

All Crown agency boards should prepare a governance statement for their agency that describes:

- the governance and accountability structure of the Crown agency;

- governance processes and standards that are being followed, including the requirements made of individual board members; and

- the roles and responsibilities of government, the board of directors, and management.

The governance statement should be reviewed regularly and updated as necessary.

All Crown agency boards should negotiate and document a memorandum of understanding between their Crown agency and the responsible Minister as to how important aspects of governance are to be handled, the relative responsibilities of key governance players, etc.

All Crown agency boards should conduct regular self-evaluations of their board's effectiveness. They should also consider conducting regular reviews of the performance of individual board members.

Periodically, all New Brunswick Crown agency boards of directors should look critically at reporting they receive regularly from management. Specifically, each board should ensure:

- that reports presented are useful and sufficient to allow the effective discharge of all of the board's roles and responsibilities as Crown agency governors (For example, information used by the board to monitor corporate performance should address both financial and service goals and be clearly linked to approved plans.);

- that information that is not used by the board is deleted from management reporting; and

- that reports are organized for ease of reference by board members in their deliberations.

All Crown agency boards should review the performance of their CEO on a regular basis.

Chapter 7

Follow-up on Prior Years' Audit Work

Our policy is to track the disposition of our recommendations for a period of four years after they first appear in our Report.

We do not prepare an update after the first year as we wish to provide the departments and agencies the opportunity to take action. After years two, three and four we prepare a status report, which shows the success achieved in meeting the recommendations.

This follow-up process provides us with the information necessary to measure our success in achieving one of the three goals we have set for the Office:

> *Departments and agencies accept and implement our recommendations.*

The following chart shows the total number of recommendations made for each year. It also shows how many have been implemented and partially implemented.

Audit year	Recommendations			
	Total	Implemented	Partially Implemented	Percentage
1999	99	42	20	63
2000	92	38	28	72
2001	190	100	37	72
Total	381	180	85	70

This is the last year we will be reporting on our 1999 work on the Department of Health and Wellness' role in food safety standards, and on governance at New Brunswick Liquor Corporation. In 1999 we made 36 recommendations related to the Department's role in ensuring food service establishments comply with food safety standards. Only four recommendations have been implemented since that time. I am very disappointed to see such slow progress in an area that is directly related to the safety of our citizens. All of the recommendations that have not been acted upon are listed in chapter 7. The thirteen recommendations that were not agreed to by the New Brunswick Liquor Corporation are also listed in chapter 7.

Chapter 8

Office of the Auditor General

Our role within the provincial public service is unique. We are independent of the government of the day and provide information directly to the Legislative Assembly. The Legislative Assembly uses our information to help fulfil its role of holding the government accountable for how public monies are managed and how services are delivered. We also assist government by providing recommendations to senior officials of the departments and agencies we audit.

We promote accountability by providing objective information to the people of New Brunswick through the Legislative Assembly.

In April 2002 we began an exercise to update our Office's 1998 strategic plan. Using an external consultant, we interviewed all Office staff and a good representation of our external stakeholders who were defined to be Members of the Legislative Assembly, government departments and agencies, the media and the general public. We finalized the new plan in May 2003. It can be found on our web site.

The new strategic plan identifies three main goals that we will be concentrating on over the next five years. These are:

- the Legislative Assembly and the public are aware of and value all the work that we do, and have confidence in our ability to provide timely, objective and credible information;

- departments and agencies accept and implement our recommendations; and

- our stakeholders - the Legislative Assembly, the public, auditees and our employees - view us as leading by example.

This section of our Report identifies the indicators from our 1998 strategic plan, set out by strategic priority, and discusses our progress to date.

RAPPORT DU

vérificateur général
du Nouveau-Brunswick

Faits saillants

Volume 1 - 2003

Rapport du vérificateur général Faits saillants du volume 1 - 2003

Cette brochure des faits saillants a été préparée afin d'aider les lecteurs à acquérir une compréhension rapide du travail effectué cette année et des résultats trouvés. La présentation consiste en une brève description du contexte et de l'étendue de chaque chapitre apparaissant dans le volume 1 de notre rapport de 2003, et des résultats de notre travail. Puisque le premier chapitre de notre rapport présente une vue d'ensemble de notre travail durant l'année, j'ai inclus la presque totalité de ce chapitre dans cette brochure.

Le vérificateur général

Daryl C. Wilson, f.c.a.
le 9 décembre 2003

Table des matières

Chapitre 1 - Introduction 1

Chapitre 2 - Ministère des Services familiaux et communautaires - Installations de garderie 10

Chapitre 3 - Ministère des Finances - Programmes de dépenses fiscales 11

Chapitre 4 - Ministère de la Santé et du Mieux-être
Reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et
des unités de soins psychiatriques 13

Chapitre 5 - Ministère de l'Approvisionnement et des Services
Gestion des risques assurables associés aux bâtiments publics 15

Chapitre 6 - Gouvernance des organismes de la Couronne 17

Chapitre 7 - Suivi sur le travail de vérification d'exercices antérieurs 22

Chapitre 8 - Bureau du vérificateur général 23

Rapport du vérificateur général - Faits saillants du volume 1 - 2003

Chapitre 1

Introduction

Rapidité de la publication

Au moment de la rédaction du présent rapport annuel, il semble que les états financiers vérifiés de la province pour l'exercice terminé le 31 mars 2003 ne seront pas publiés avant la fin de novembre 2003, sinon plus tard, soit plus de sept mois après la fin de l'exercice. Pour être utilisée dans la prise de décisions et la reddition de comptes, l'information doit être opportune. Lorsqu'un gouvernement est déjà rendu au septième mois de l'exercice suivant, les avantages des décisions prises sur la base de cette information peuvent être limités. Plus important encore probablement est le fait que les contribuables attendent toujours de voir comment leur argent a été dépensé. Certaines provinces canadiennes publient leurs états financiers vérifiés avant la fin de juin. Notre province devrait adopter un régime de rapport similaire.

Le rapport sera publié en deux volumes

Le rapport annuel du vérificateur général comprend normalement un chapitre sur les indicateurs financiers. Cependant, en raison du retard qu'a pris le gouvernement dans la clôture de ses comptes, nous ne pouvons pas présenter nos commentaires dans ce volume. Nous avons l'intention de préparer un second volume, qui comprendra nos observations financières; ce volume sera publié au début de la prochaine année civile. Nous avons aussi l'intention d'inclure dans le second volume un rapport sur le travail que nous avons fait concernant la gestion de l'absentéisme, et en particulier le congé de maladie. Par ailleurs, mon bureau est en train d'effectuer du travail dans le domaine de l'industrie salmonicole, et nos constatations seront prêtes pour publication en juin 2004. Le Bureau du vérificateur général du Canada et le Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique se penchent également sur l'industrie salmonicole, et nous prévoyons publier nos rapports en même temps.

Je voudrais soulever quelques questions dans ce chapitre, certaines ayant trait à des projets réalisés cette année, d'autres portant sur les activités du Bureau du vérificateur général et d'autres encore de nature plus générale. Je commence en soulignant l'importance d'une bonne gouvernance et d'une bonne reddition de comptes.

Toujours dans le même domaine, je signale dans notre chapitre de suivi, le chapitre 7, que le conseil d'administration de la Société des alcools du Nouveau-Brunswick n'était pas d'accord avec 13 des 19 recommandations que nous avions formulées en 1999 à la suite de l'examen des structures de gouvernance et de reddition de comptes de la société. Voilà qui m'a étonné car, dans presque tous les cas, la recommandation visait à encourager une pratique qui est généralement reconnue. Récemment, on m'a informé que le conseil actuel a pris des mesures et a l'intention d'en prendre d'autres visant à promouvoir une gouvernance efficace par le conseil et à assurer une meilleure reddition de comptes à l'endroit des actionnaires. Cela m'encourage, et j'espère que le travail dont nous faisons rapport cette année aidera la société, d'autres organismes de la Couronne et le gouvernement à améliorer les pratiques de gouvernance au sein du gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Reddition de comptes

Cette année, nous avons aussi effectué une vérification portant sur la reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. L'origine de cette vérification est semblable à la vérification de la gouvernance des organismes de la Couronne, puisque un nombre grandissant de services ne relèvent pas du contrôle direct des ministères. Par exemple, de nombreux services de santé, dont les services de traitement des dépendances, les soins extra-muraux, les soins oncologiques, les soins cardiaques et les services de santé mentale, se trouvent sous la direction des régies régionales de la santé. Comme le contrôle au niveau régional et les sommes dépensées pour soutenir les activités régionales ne cessent de s'accroître, il devient de plus en plus important d'avoir en place des mécanismes centraux pour faire en sorte que le gouvernement atteigne ses objectifs par l'entremise de tels programmes. Les résultats de notre travail dans le domaine se trouvent au chapitre 4. Notre conclusion globale est que le ministère de la Santé et du Mieux-être n'a pas instauré des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. En d'autres termes, il ne reçoit pas des renseignements suffisants pour lui permettre d'évaluer le rendement. Le travail de mon bureau à cet égard aura une valeur encore plus grande pour le gouvernement et l'Assemblée législative (et, au bout du compte, pour les citoyens du Nouveau-Brunswick) s'il sert de base à l'évaluation d'autres situations dans lesquelles les services ne relèvent pas du contrôle et de la surveillance directs d'un ministère.

Installations de garderie

L'Assemblée législative a adopté des mesures législatives et le gouvernement a établi des normes visant les installations de garderie du Nouveau-Brunswick. Nous avons pensé que les députés voudraient savoir si le ministère des Services familiaux et communautaires a des directives et des méthodes appropriées pour assurer la conformité aux mesures législatives et aux normes. Nous avons constaté que, bien que le ministère ait établi des processus pour l'agrément et l'inspection des installations de garderie, ceux-ci ne sont pas suffisants et n'assurent pas

toujours la conformité aux mesures législatives et aux normes. Les résultats de notre travail se trouvent au chapitre 2.

Dépenses fiscales

Dans le chapitre 3, nous formulons des observations et des recommandations concernant les dépenses fiscales. Le terme « dépenses fiscales » désigne des recettes cédées en raison d'exonérations, de déductions ou de remises particulières qui réduisent le montant de la taxe ou de l'impôt qui, autrement, serait payable à la province. Par exemple, l'exonération de la taxe de vente sur l'essence utilisée par les agriculteurs et les pêcheurs est une dépense fiscale. À la suite de notre travail, nous avons noté que les dépenses fiscales ne font pas chaque année l'objet du même examen rigoureux et de la même approbation par l'Assemblée législative que les dépenses au compte ordinaire. De plus, aucun rapport public n'est fait sur l'efficacité de ces programmes.

Gestion des risques assurables

Vers la fin des années 1980, le gouvernement a pris la décision de ne plus assurer les bâtiments provinciaux, ce qui signifiait que toute perte reliée à des incidents tel qu'un incendie serait dorénavant assumée par les contribuables. Nous avons voulu déterminer comment le ministère de l'Approvisionnement et des Services gère les risques associés aux bâtiments publics dont il est responsable. En d'autres termes, quelles sont les mesures qui sont prises pour minimiser le risque de perte à un de nos bâtiments? Nous faisons rapport de nos résultats au chapitre 5.

Commentaires sur les mesures prises pour donner suite à nos recommandations d'exercices antérieurs

Je vais souligner un certain nombre de questions tirées de notre chapitre de suivi, le chapitre 7, lequel porte sur les recommandations d'exercices antérieurs. Nous avons comme politique de suivre l'état de nos recommandations durant une période de quatre ans après leur parution dans notre rapport.

Dans certains cas, peu de recommandations ont été adoptées

C'est la dernière fois que nous faisons rapport sur le travail que nous avons effectué en 1999 concernant le rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être à l'égard des normes relatives à la salubrité des aliments et la gouvernance exercée à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick. En 1999, nous avons formulé 36 recommandations ayant trait au rôle du ministère dans l'assurance que les établissements de services alimentaires respectent les normes de salubrité des aliments. Seulement quatre recommandations ont été mises en œuvre depuis. Je suis très déçu de constater la lenteur des progrès dans un domaine qui touche directement la sécurité de notre population. Les recommandations qui n'ont pas été adoptées sont reprises au chapitre 7. Les 13 recommandations avec lesquelles la Société des alcools du Nouveau-Brunswick n'était pas d'accord sont aussi reprises dans le chapitre 7.

Certaines de nos recommandations de vérification ont reçu un accueil très favorable

La plupart de nos constatations sur le suivi sont positives. En 2001, nous avons fait 74 recommandations à la suite d'une vérification à la Direction du transport scolaire au ministère de l'Éducation. En deux ans, le ministère a mis en œuvre 50 recommandations et en a partiellement adopté 14. Voilà un accomplissement remarquable. De plus, le ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture a mis

en œuvre les huit recommandations qui avaient trait à la vérification des contrôles sur la manipulation d'argent et les stocks, et le ministère des Finances a adopté les six recommandations que nous avons formulées à la suite de l'examen d'un nouveau système automatisé de comptes débiteurs.

L'adoption de certaines recommandations dépasse la responsabilité d'un seul ministère

J'attire l'attention des députés de l'Assemblée législative sur quatre recommandations que nous avions formulées en 2000 à la suite d'un examen des mesures législatives ayant trait au ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture. Ces recommandations ont été faites dans l'intention d'aider l'Assemblée législative à remplir la responsabilité qu'elle a de veiller à l'efficacité et à la pertinence des mesures législatives. Même si elles s'adressaient au départ au ministère, les recommandations sont applicables à tous les ministères qui sont chargés de l'administration de mesures législatives. Les quatre recommandations se trouvent aux paragraphes 7.98 à 7.102. J'espère que tant l'Assemblée législative que le gouvernement verront la valeur de ces recommandations et que des mesures appropriées seront prises.

Nouvelle annexe

J'ai ajouté un nouveau volet à notre rapport annuel cette année; il s'agit d'une brève description de chaque vérification importante que nous avons réalisée dans les ministères et les organismes de la Couronne depuis six ans. L'information est regroupée par ministère et organisme et se trouve à l'annexe 1.

Commentaires sur les activités de mon bureau

J'attire l'attention de l'Assemblée législative sur trois points particuliers concernant les activités du Bureau du vérificateur général. Si j'estime que ces points sont d'une extrême importance, c'est qu'ils ont directement trait à la responsabilité de l'Assemblée législative de demander des comptes au gouvernement en poste et à la capacité du vérificateur général d'agir en toute indépendance. De plus, seule l'Assemblée législative peut les résoudre. Ces trois points sont les suivants :

- le processus d'approbation du budget annuel du Bureau du vérificateur général;
- la situation budgétaire de mon bureau;
- le mode de nomination du vérificateur général.

Le processus d'approbation du budget annuel du Bureau du vérificateur général

Le paragraphe 17(1) de la *Loi sur le vérificateur général* exige du vérificateur général qu'il présente des prévisions budgétaires annuelles au Conseil de gestion. Ce dernier, qui est un sous-comité du Cabinet, décide du montant définitif qui sera inscrit au Budget principal pour les activités du bureau. Donc, dans les faits, l'entité que notre mandat nous oblige à vérifier détermine le montant qui sera affecté au financement de nos activités.

Fait intéressant à noter, le paragraphe 4(4) exige que le vérificateur général détermine le personnel nécessaire au bureau, ce qui est évidemment vide de sens si le financement n'est pas fourni. Plus

préoccupant est le fait que l'entité de laquelle je relève, l'Assemblée législative, n'intervient pas suffisamment tôt dans le processus pour être en mesure d'en influencer l'issue.

Les budgets d'au moins sept bureaux du vérificateur sont présentés directement aux comités de l'Assemblée législative aux fins d'approbation, conformément aux lois de ces provinces. Dans un cas, l'Ontario, le budget est d'abord présenté au gouvernement, puis à un comité de l'Assemblée législative. De plus, une disposition prévoit la présence de la présidence et de la vice-présidence du Comité des comptes publics aux réunions du Conseil de gestion durant l'examen du budget du bureau du vérificateur.

Si l'Assemblée législative ou l'un de ses comités participait à l'examen du budget, l'indépendance du bureau s'en trouverait grandement accrue et l'Assemblée législative aurait davantage l'assurance que le bureau est en mesure de s'acquitter de ses responsabilités.

Dans mon rapport annuel de 2001, je souligne que, en ma qualité de fonctionnaire de l'Assemblée législative, je devrais pouvoir m'adresser à un comité de l'Assemblée législative pour des questions de nature administrative. L'examen du budget annuel de mon bureau pourrait être l'une de ces questions administratives.

La situation budgétaire de mon bureau

Étant donné l'arrangement actuel, l'Assemblée législative n'est pas au courant des demandes de personnel ou de fonds que le Conseil de gestion n'accepte pas. Bien que mon bureau ait, à plusieurs reprises, suivi les directives budgétaires du gouvernement, nous avons, à d'autres occasions, demandé du personnel supplémentaire et les fonds connexes, demandes qui n'ont pas été approuvées. Il s'ensuit que les fonds actuellement à ma disposition soutiennent un effectif de 23 personnes, alors que cet effectif était de 27 personnes il y a sept ans.

Pour l'exercice 2004-2005, je demanderai, en vertu du paragraphe 4(4) de la *Loi sur le vérificateur général*, deux vérificateurs principaux de plus et, en vertu du paragraphe 17(1), une hausse de financement de 200 000 $. Nous avons besoin du personnel supplémentaire pour accroître l'étendue de notre travail de vérification dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des systèmes automatisés, domaines importants sur le plan financier et qui touchent l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. Les fonds additionnels serviront à payer le personnel supplémentaire et à assurer un financement suffisant pour la formation, la technologie et autres services de soutien.

Mode de nomination du vérificateur général

Le vérificateur général est un fonctionnaire de l'Assemblée législative qui, selon la loi, est nommé pour un mandat de cinq à dix ans et peut seulement être révoqué sur un vote des deux tiers des députés de l'Assemblée législative. Ces dispositions font beaucoup pour assurer l'indépendance du vérificateur général, mais le mode de nomination présente une lacune importante. Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur le*

vérificateur général accorde au lieutenant-gouverneur en conseil la responsabilité de nommer le vérificateur général. Rien dans la loi n'indique que le gouvernement doit consulter les autres partis de l'Assemblée législative. Dans les faits, le pouvoir de nommer le vérificateur a été confié à l'entité qui sera vérifiée par ce même vérificateur. Voilà qui devrait préoccuper l'Assemblée législative, car elle se tourne vers le vérificateur général pour obtenir de information objective et des conseils indépendants.

Comme la nomination du vérificateur général doit être apolitique, tous les partis politiques devraient participer de quelque manière au processus. D'après ce que je comprends, une telle consultation a eu lieu par le passé par simple courtoisie, mais rien ne l'exige. En Colombie-Britannique, la nomination suit une recommandation d'un comité spécial de l'Assemblée législative et de l'Assemblée législative elle-même. L'Assemblée législative intervient aussi directement dans la nomination du vérificateur en Alberta, en Ontario, au Québec et à Terre-Neuve. En Saskatchewan et en Ontario, la présidence du Comité des comptes publics est consultée. Le vérificateur général doit être indépendant et perçu comme indépendant. Je demande que des mesures soient prises pour assurer la participation de l'Assemblée législative à la nomination de tous les futurs vérificateurs généraux.

Autres commentaires de nature générale

Gestion des risques

Dans deux de nos vérifications de cette année, nous formulons des recommandations concernant la gestion des risques. Ainsi, dans le cadre de notre vérification des installations de garderie, nous avons dit que le ministère des Services familiaux et communautaires « devrait employer une approche basée sur la gestion des risques ou avoir une méthode type d'établissement des priorités du travail d'inspection pour le Programme des services de garderie ». Pour ce qui est de notre vérification sur la gestion des risques associés aux bâtiments, nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services « élabore et consigne un plan de gestion des risques. Le plan devrait comprendre tous les risques importants associés à chacun de ses bâtiments [...] et documenter les procédures à suivre pour déterminer les facteurs de risque associés à chaque bâtiment. »

L'année dernière, à la suite de notre travail sur les inspections environnementales, nous déclarions que : « Pour l'aider dans l'exécution des mesures législatives qu'il administre, le ministère devrait suivre une approche de gestion des risques et élaborer une stratégie et un programme d'inspection. Le plan d'inspection devrait préciser le travail d'inspection requis, tant les secteurs à inspecter que la fréquence des inspections. »

En 2001, l'une de nos recommandations sur le transport scolaire voulait que « le ministère aborde clairement les principaux risques en matière de sécurité des autobus dans le matériel de formation qu'il remet aux élèves. Le ministère devrait envisager l'utilisation des statistiques

nationales sur les accidents comme moyen d'expliquer aux enfants et aux parents où sont les risques. »

En 1999, à la suite de notre travail sur la salubrité des aliments, nous avions ceci à dire : « L'évaluation des risques des établissements de services alimentaires permettra aux inspecteurs de déterminer la fréquence des inspections, de planifier les activités, puis d'établir un calendrier en conséquence. Il serait indiqué de mettre les évaluations de risque à jour chaque année. [...] Pour utiliser les ressources plus efficacement, le calendrier devrait accorder la priorité aux établissements de services alimentaires à risque plus élevé. »

Sur la foi de notre travail de cette année et des dernières années, il semble qu'il existe un besoin de formation et de perfectionnement en matière de gestion des risques. Il ne fait aucun doute que la plupart sinon tous les ministères doivent déterminer et gérer les risques. C'est la raison pour laquelle j'estime que la question touche le gouvernement central et que le Conseil de gestion devrait assurer le leadership nécessaire en matière de formation à cet égard.

Les administrations locales du Nouveau-Brunswick ne suivent pas les recommandations du CCSP

L'Institut Canadien des Comptables Agréés a mis sur pied le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public afin de publier des recommandations et des conseils sur des aspects qui touchent la comptabilité dans le secteur public. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick suit les recommandations du CCSP pour ses états financiers, mais il n'a pas exigé des municipalités qu'elles en fassent autant. Je suis d'avis que, si les administrations locales étaient tenues de suivre ces recommandations, la qualité de leurs rapports financiers s'en trouverait grandement améliorée. Le CCSP reconnaît que les états financiers devraient constituer des éléments probants sur le plan de la reddition de comptes et présenter « des informations nécessaires aux législateurs et autres utilisateurs pour les aider à faire des évaluations et à porter des jugements sur les activités et la gestion financières du gouvernement. »

Au Nouveau-Brunswick, les administrations locales suivent le *Guide servant à la présentation des rapports financiers municipaux* pour faire rapport de leurs résultats financiers. Élaboré en 1993, le guide a subi deux ou trois mises à jour depuis, mais il n'est pas aussi détaillé que les recommandations du CCSP et ne fait pas autorité comme source indépendante d'établissement de normes nationales. Le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux m'a informé qu'il prévoit effectuer en 2004 un examen complet des recommandations du CCSP afin de déterminer l'ampleur de l'étude qu'il faudrait mener avant de procéder à une révision complète du manuel en 2005.

Même si je comprends que l'adoption des recommandations du CCSP peut présenter des défis pour les administrations locales, j'incite le ministère et le gouvernement à le faire. À l'heure actuelle, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont

adopté les recommandations du CCSP pour leurs administrations locales.

À propos de notre bureau

Dans la plupart de nos travaux, nous examinons la mesure dans laquelle le ministère ou l'organisme de la Couronne a commenté son rendement, soit par la prestation d'un service, soit dans l'atteinte d'objectifs ou d'indicateurs du rendement annuels. Nous formulons des recommandations lorsque nous pensons qu'elles sont justifiées.

Notre propre responsabilité à un tel égard nous est constamment rappelé, car nous devons nous aussi faire preuve d'efficience et rendre des comptes. Le chapitre 8 constitue notre rapport redditionnel annuel; nous estimons que ce rapport est conforme à la directive sur les rapports annuels du gouvernement. Nous y présentons de l'information sur nos buts, nos indicateurs du rendement et nos résultats.

Un indicateur clé de notre rendement est habituellement constitué des résultats de l'enquête que nous menons auprès des membres du Comité des comptes publics et du Comité des corporations de la Couronne. Cette année, en raison des élections provinciales, les comités ne se sont pas réunis pour discuter de notre rapport avant la fin de 2003 et, pour cette raison, nous n'avons pas mené d'enquête.

Nous avons fait des efforts particuliers cette année pour terminer notre plan stratégique de 2003-2008. Le nouveau plan stratégique énonce les trois principaux buts sur lesquels nous concentrerons nos efforts au cours des cinq prochaines années. Ces buts sont :

- que l'Assemblée législative et le public connaissent le travail que nous faisons et en apprécie la valeur, et qu'ils aient confiance dans notre capacité de fournir de l'information opportune, objective et crédible;
- que les ministères et les organismes acceptent et mettent en œuvre nos recommandations;
- que nos intervenants, soit l'Assemblée législative, le public, les entités vérifiées et nos employés, nous perçoivent comme menant par l'exemple.

Ces buts sont assortis d'objectifs et de mesures à prendre. Le plan stratégique nous a également amené à déterminer de nouvelles mesures du rendement. Une discussion plus approfondie de notre plan stratégique se trouve au chapitre 8.

Chapitre 2

Ministère des Services familiaux et communautaires

Installations de garderie

Le ministère des Services familiaux et communautaires (le ministère) est responsable du Programme des services de garderie (le programme). Le programme vise à agréer et à surveiller les installations de garderie pour assurer la sécurité des enfants qui fréquentent ces installations et la prestation de soins de qualité.

Le 31 mars 2002, il y avait dans la province 359 installations de garderie agréées offrant 11 193 places. Depuis dix ans, le nombre d'installations de garderie agréées et de places augmente à un rythme lent, mais stable.

Notre bureau s'intéresse aux questions relatives à la sécurité publique, et nous tentons de fournir de l'information qui contribue à tenir le gouvernement responsable des mesures législatives qu'il adopte pour assurer la sécurité de la population du Nouveau-Brunswick. Au cours des six dernières années, nous avons effectué des vérifications concernant le Bureau du prévôt des incendies, le transport scolaire, les conducteurs à risque élevé, la qualité de l'eau des puits domestiques, la salubrité des aliments et les services d'ambulance. C'est l'intérêt que nous portons à la responsabilité du gouvernement dans l'adoption de mesures législatives visant la sécurité qui nous a menés à retenir le Programme des services de garderie comme sujet de vérification. Ce programme est chargé de la sécurité d'un groupe qui ne peut pas se faire entendre du public, soit nos enfants.

L'objectif de la vérification était le suivant :

> *Déterminer si le ministère des Services familiaux et communautaires a des directives et des procédures appropriées pour assurer la conformité avec les mesures législatives et les normes provinciales en matière d'installations de garderie.*

Résumé des résultats

Bien qu'un processus établi existe pour l'agrément des installations de garderie, ce processus n'est pas toujours suivi et n'intègre pas toujours toutes les exigences réglementaires. Nous avons trouvé des cas où le certificat d'agrément avait été délivré sans que la conformité au *Règlement sur les services de garderie* et aux *Normes visant les responsables d'installations de garderie* ait été vérifiée. Nous avons trouvé des éléments probants montrant que l'agrément n'est pas délivré de manière uniforme par tous les bureaux régionaux en raison d'exigences différentes. De plus, nous avons trouvé que certaines exigences du *Règlement sur les services de garderie* ne sont pas intégrées au processus d'agrément des installations de garderie du ministère.

Le ministère a un formulaire type qui, bien utilisé, donnerait lieu à des inspections efficaces réalisées de manière efficiente. Toutefois, le ministère n'a pas établi de processus pour l'établissement des priorités et la réalisation des inspections et pour assurer le respect des normes. Il s'ensuit que nous avons constaté que la densité

d'inspection est insuffisante, les inspections sont réalisées de manière efficace à certaines installations de garderie, alors qu'elles sont incomplètes à d'autres, et les résultats d'inspection ne sont pas toujours liés au processus d'agrément ni à des mesures d'exécution.

Le ministère n'a pas établi de directives et de procédures officielles pour le Programme des services de garderie.

Le ministère n'a pas de procédures adéquates pour mesurer l'efficacité de son programme et en faire rapport pour ce qui est de l'agrément et de la surveillance des installations de garderie.

À notre avis, deux défis principaux sont à relever dans le cadre du Programme des services de garderie. Une structure de programme décentralisée adéquate doit être élaborée, et les besoins du programme sur le plan de la croissance doivent être traités.

Chapitre 3

Ministère des Finances

Programmes de dépenses fiscales

Nous avons l'habitude d'associer les programmes gouvernementaux au budget des dépenses. Cependant, les programmes gouvernementaux ne sont pas tous offerts de cette manière. Les gouvernements offrent aussi des programmes qui portent sur différentes recettes fiscales. C'est depuis l'instauration de l'impôt sur le revenu des particuliers que des déductions et des programmes d'exclusion qui ont pour effet de réduire les recettes fiscales sont offerts.

Ces programmes réduisent les taxes et impôts payés par certains contribuables et, de ce fait, réduisent les recettes fiscales qui, autrement, seraient payables à la province. Ces genres de programmes sont communément appelés des *dépenses fiscales*.

Les dépenses fiscales peuvent être considérées comme une aide financière consentie à certains groupes de contribuables ou comme des stimulants économiques qui encouragent des comportements donnés parmi les contribuables.

Des exemples de programmes provinciaux de dépenses fiscales et de leurs avantages pour les contribuables visés sont énumérés ci-dessous.

Les dépenses fiscales influent sur la situation financière de la province de la même manière que les programmes de dépenses directes. Un dollar sous forme de recettes cédées a le même effet sur l'excédent ou le déficit de la province qu'un dollar dépensé directement. À notre avis, les programmes de dépenses fiscales peuvent avoir une incidence économique en tous points semblable à celle des programmes de dépenses directes du gouvernement. Dans certains cas, les dépenses fiscales peuvent être considérées comme une solution de rechange aux dépenses directes.

Exemples de programmes provinciaux de dépenses fiscale

Taxe ou impôt	Programme	Avantages pour les contribuables visés
Impôt sur le revenu des particuliers	Prestation pour personnes âgées à faible revenu du Nouveau-Brunswick	100 $ par année pour les personnes âgées qui reçoivent le Supplément de revenu garanti, l'Allocation au survivant ou l'Allocation prolongée au conjoint
Taxe sur l'essence et les carburants	Exemptions pour les aquaculteurs, les agriculteurs, les pêcheurs et les sylviculteurs	Prévoit une exemption au point de vente de la taxe sur le carburant et un remboursement de la taxe sur l'essence et le carburant
Impôt foncier	Programme de réduction d'évaluation	Exemptions partielles accordées sur les biens appartenant à des organisations de bienfaisance et à des organisations à but non lucratif admissibles

En revanche, les programmes de dépenses fiscales et les programmes de dépenses directes ne sont pas soumis à l'Assemblée législative de la même manière dans le cadre du processus annuel d'approbation budgétaire. De plus, il n'existe actuellement aucun renseignement public sur le coût des programmes de dépenses fiscales offerts par la province. Il n'y a aucun moyen de savoir si ces programmes atteignent les résultats escomptés. Il est possible qu'un programme ait effectivement atteint son but et qu'il ne soit plus utile pour les contribuables.

Notre objectif pour le projet était le suivant :

> *Examiner et évaluer le processus suivi pour approuver, surveiller et évaluer les programmes provinciaux de dépenses fiscales et en faire rapport.*

Résumé des résultats

Les programmes de dépenses fiscales ne sont pas soumis au même examen minutieux de l'Assemblée législative que celui dont fait l'objet l'approbation du budget annuel des dépenses. L'Assemblée législative approuve la mise sur pied de ces programmes, mais elle n'est pas suffisamment renseignée à intervalles réguliers pour être en mesure d'évaluer si ces programmes demeurent pertinents et utiles.

Les programmes de dépenses fiscales que nous avons examinés ne comportaient pas d'objectifs mesurables précisant les résultats escomptés pour le programme.

Aucune méthode en bonne et due forme n'est établie pour guider la surveillance et l'évaluation des programmes de dépenses fiscales.

Il n'y a aucun rapport public sur l'efficacité des programmes de dépenses fiscales.

Chapitre 4

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), des études montrent qu'environ 20 % de la population avait eu une maladie mentale au cours de l'année précédente et qu'environ 3 % de la population est atteinte d'une maladie mentale grave qui cause une souffrance profonde et une incapacité persistante. Si on ajoutait à cela les membres de la famille qui doivent assumer une grande partie du fardeau en matière des soins, le pourcentage de personnes touchées par la maladie mentale au Canada doublerait ou même triplerait.

La Division des services de santé mentale (la division) est l'une de cinq divisions au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être (le ministère). Selon le ministère, le rôle principal de la division est d'assurer un leadership et une reddition de comptes au niveau central en vue de la prestation efficace, efficiente et équitable de tous les services de santé mentale professionnels de la province.

La division supervise le fonctionnement de 13 centres de santé mentale communautaires (CSMC). Elle administre aussi les conventions de services psychiatriques conclues avec les huit régies régionales de la santé (RRS) dans sept régions, conventions qui visent huit unités de soins psychiatriques, une unité pour enfants et adolescents et deux établissements, soit le Centre hospitalier Restigouche à Campbellton et Centracare à Saint John.

Comme les régions acquièrent un contrôle croissant et que les fonds distribués à l'appui des activités régionales augmentent, il devient de plus en plus important d'avoir en place des mécanismes centraux qui permettent de voir si le gouvernement atteint ses objectifs. À l'heure actuelle, de nombreux services de santé sont gérés par les RRS. Voici quelques exemples : les services de traitement des dépendances, le Programme extra-mural, les services de santé mentale fournis par les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques et tous les services de santé offerts dans les hôpitaux des RRS (soins oncologiques, soins cardiaques, réadaptation, etc.). À cet égard, le ministère a versé aux hôpitaux en 2001-2002 des contributions et des subventions se chiffrant au total à 826,1 millions de dollars, soit 59 % environ de toutes les dépenses du ministère de la Santé et du Mieux-être pour l'exercice. Une structure redditionnelle rigoureuse est essentielle.

Une telle structure permettrait au ministère d'exercer un contrôle sur la qualité des normes de soins et sur l'uniformité dans les régions. Nous avons décidé de centrer notre vérification sur les processus redditionnels appliqués par le ministère à l'endroit des RRS pour ce qui est du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Nos efforts ont porté sur le secteur de la santé mentale en raison de son importance pour la population du Nouveau-Brunswick et des changements importants qui ont eu lieu dans le secteur depuis une quinzaine d'années.

Bien que la santé mentale ne représente qu'une composante relativement petite du total des contributions et subventions versées aux RRS par le ministère, nous estimons que les recommandations qui découlent de la présente vérification peuvent s'appliquer à d'autres relations redditionnelles décentralisées auxquelles le ministère est partie.

L'objectif de notre vérification était le suivant :

> *Déterminer si le ministère de la Santé et du Mieux-être a établi des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques qui sont sous la direction des régies régionales de la santé.*

Résumé des résultats

Nous avons constaté que les cibles de rendement en vigueur ne permettent pas au ministère de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Nous avons aussi constaté que le ministère ne reçoit pas assez d'informations de nature redditionnelle de la part des RRS. Nous avons conclu que le niveau de détail actuel en matière de rapports ne permet pas de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

La conclusion générale de notre vérification est que le ministère de la Santé et du Mieux-être n'a pas établi des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques qui se trouvent sous la direction des régies régionales de la santé.

Nous félicitons le ministère pour la reconnaissance que le Nouveau-Brunswick s'est acquise en rapport avec l'emploi de certaines pratiques exemplaires dans la réforme de la santé mentale. Il a acquis cette reconnaissance en portant davantage attention aux rétroactions sur les processus et à l'information de nature qualitative qu'à l'information de nature quantitative. Nous estimons que la collecte de données et les processus de rapport de la division doivent être améliorés, car ce sont deux éléments importants d'une relation redditionnelle efficace.

Nous reconnaissons que le système de santé mentale est un système intégré qui comprend les services fournis par les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques et par les centres de santé mentale communautaires. On ne peut mesurer une composante du système sans tenir compte des autres composantes. Bien que notre vérification ait porté sur les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques, le ministère devrait prendre en considération tous les services du système de santé mentale dans la mise en œuvre de nos recommandations.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit les paramètres d'un cadre redditionnel efficace entre le ministère et les RRS. Nous

savons que la loi est relativement récente et admettons que des mesures visant la mise en œuvre des dispositions de la loi sont en cours. Les subventions versées aux RRS doivent faire l'objet d'une gestion judicieuse et prudente de la part du ministère afin d'optimiser les ressources investies dans les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Les éléments qui devraient être en place pour la reddition de comptes sont les suivants : des attentes définies axées sur des résultats mesurables, des conventions signées qui énoncent les exigences en matière de rapports pour les RRS et l'engagement du ministère de surveiller les résultats et prendre des mesures correctives lorsque la conformité des RRS aux conventions fait défaut.

Chapitre 5

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

Gestion des risques assurables associés aux bâtiments publics

Les bâtiments provinciaux constituent l'une des catégories de biens appartenant à la population du Nouveau-Brunswick qui a le plus de valeur. Bien que le gouvernement ne suive pas le coût de ses bâtiments, des membres du personnel à qui nous avons parlé estiment la valeur de ces biens à 4 milliards de dollars ou plus. Pour gérer et protéger nos bâtiments provinciaux, le gouvernement doit avoir une approche officielle et structurée qui permet de déterminer et d'évaluer les risques importants (incendie et responsabilité). Cette approche devrait prévoir l'élaboration de stratégies appropriées pour la gestion de ces risques.

Vers la fin des années 1980, le Conseil de gestion a pris connaissance d'un rapport sur l'assurance des bâtiments provinciaux. Selon ce qu'on nous a dit, le rapport montre que, durant une période de plus de 10 ans (de 1979 à 1989), le coût annuel de l'assurance a dépassé de beaucoup le total des demandes de règlement durant la même période. Par conséquent, le gouvernement a pris la décision de ne plus assurer les bâtiments provinciaux, rendant ainsi les contribuables du Nouveau-Brunswick responsables de toutes les demandes de règlement découlant des risques qui étaient auparavant couverts par des assurances.

Au cours de la dernière décennie, les compressions au compte ordinaire ont réduit les fonds affectés aux dépenses d'entretien. En 1993-1994, le ministère a dépensé plus de 3,1 millions de dollars, à l'exclusion des salaires; en 2002-2003, il n'a dépensé que 2,1 millions, ce qui représente une baisse de 32 % sans tenir compte de l'inflation. Si l'inflation était prise en considération, la baisse réelle excéderait 38 %.

Depuis cinq ans, le budget d'amélioration des immobilisations du ministère a baissé, passant de près de 5,5 millions de dollars en 1998-1999 à seulement 3 millions en 2003-2004, ce qui représente une baisse de financement de plus de 45 %.

Étant donné la valeur considérable de nos bâtiments, la réduction dans les sommes affectées à l'entretien et le fait que le gouvernement n'atténue plus les risques au moyen d'assurances, tels que les risques d'incendie, nous avons décidé d'effectuer une vérification dans le domaine de la gestion des risques. Notre projet visait avant tout à voir comment le gouvernement gère les risques qui étaient auparavant gérés au moyen d'assurances. Pour des raisons d'ordre pratique et de délais, nous avons décidé de limiter l'étendue de notre vérification aux bâtiments dont le ministère de l'Approvisionnement et des Services est responsable. Toutefois, nos constatations peuvent s'appliquer à l'ensemble du gouvernement.

Notre objectif de vérification était le suivant :

> *Déterminer comment le ministère de l'Approvisionnement et des Services gère les risques assurables importants associés aux bâtiments publics dont il est responsable.*

Résumé des résultats

Vers la fin des années 1980, le gouvernement a pris la décision de ne plus assurer les bâtiments provinciaux, rendant ainsi les contribuables du Nouveau-Brunswick responsables de toutes les demandes de règlement découlant des risques qui étaient auparavant couverts par des assurances. Cette situation a accru la responsabilité du gouvernement en matière de détermination et de gestion des risques.

En 2001, le ministère de l'Approvisionnement et des Services s'est vu confier la responsabilité de 400 bâtiments dont étaient chargés auparavant le ministère des Transports et le ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie. Cette responsabilité comprend la détermination et la gestion des risques associés aux bâtiments de ces deux ministères, en plus de ceux dont il était déjà responsable. Le ministère n'a reçu aucune ressource supplémentaire pour assumer ce surcroît de responsabilités. La direction du ministère a souligné que le personnel affecté à la gestion de ses bâtiments a sensiblement diminué au cours des cinq à dix dernières années, et les fonds affectés à l'entretien pour corriger les problèmes repérés par le ministère ont diminué. Le manque de ressources pourrait entraver la capacité du ministère de donner suite à bon nombre de nos constatations.

Le ministère n'a pas de plan écrit de gestion des risques en vigueur pour repérer les principaux risques associés à chaque bâtiment, ni de procédures correspondantes pour cerner les facteurs qui pourraient avoir une incidence importante sur ces risques. Comme le ministère pourrait avoir recours à différentes séries de procédures, y compris les inspections, pour cerner les facteurs de risques dans les bâtiments, et comme chaque bâtiment représente un niveau de risque différent, un plan de gestion des risques est nécessaire pour assurer une protection adéquate de tous les bâtiments. Un plan est

également nécessaire pour optimiser l'utilisation de ressources limitées.

La documentation relative à bon nombre des procédures sur lesquelles le ministère compte pour repérer et gérer les risques est insuffisante. Il s'ensuit que nous avons trouvé difficile de déterminer si le ministère satisfait à certains de nos critères. L'absence de documentation fait aussi qu'il est difficile pour le ministère de déterminer si les procédures sur lesquelles il compte sont exécutées de manière opportune, ou si les problèmes sont corrigés en temps opportun.

Lorsque le ministère s'est vu confier la responsabilité des bâtiments du ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie et du ministère des Transports en 2001, il a convenu avec eux qu'il appliquerait à ces bâtiments différentes procédures reliées à la gestion des risques. Il avait aussi été entendu que les deux autres ministères continueraient à assurer la gestion quotidienne des bâtiments. Le ministère n'applique pas toutes les procédures auxquelles il avait consenti, y compris l'inspection des bâtiments, pour déterminer tous les facteurs de risque importants.

Chapitre 6

Gouvernance des organismes de la Couronne

Notre bureau a effectué cinq examens de la gouvernance (aussi appelée gouverne ou régie) au cours des dernières années, soit :

- un examen général de divers organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick (1996),
- la Société des loteries de l'Atlantique Inc. (1997),
- les huit corporations hospitalières régionales (1998),
- la Société des alcools du Nouveau-Brunswick (1999),
- le ministère des Finances - caisses de retraite (2000).

Au 31 mars 2002, les principaux organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick détenaient des biens publics d'une valeur dépassant 4,7 milliards de dollars. Le passif connexe dépassait 4,3 milliards de dollars. Durant l'exercice terminé le 31 mars 2002, ces organismes de la Couronne ont reçu quelque 904,2 millions en fonds provinciaux. De plus, durant l'année, les principaux organismes de la Couronne ont produit des recettes externes se chiffrant à 1,9 milliard, et le total de leurs dépenses a excédé 2,7 milliards. L'importance sur le plan financier des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick, combinée aux nombreux changements récents dans les pratiques exemplaires associées à une bonne gouvernance et au fait qu'aucun soutien global ou conseils généraux ne sont fournis aux organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick ou à leurs conseils d'administration, nous a menés à nous pencher en détail sur ce domaine.

La gouvernance peut être définie comme le processus et la structure suivis pour orienter les activités d'une société, avec l'objectif d'atteindre la mission de la société. Le processus et la structure définissent la répartition du pouvoir entre le conseil et la direction. De plus, ils établissent des mécanismes permettant d'assurer la reddition de comptes entre la direction, le conseil d'administration et les actionnaires de la société. En d'autres termes, les régisseurs (c.-à-d. les conseils d'administration) sont censés surveiller les intérêts de l'actionnaire de la société (c.-à.-d. le gouvernement du Nouveau-Brunswick).

La CCAF/FCVI Inc., un organisme de recherche qui se penche sur la gouvernance et la reddition de comptes dans le secteur public, a mis au point une liste des caractéristiques d'un conseil efficace. Les conseils qui incarnent véritablement ces caractéristiques assureront une gouvernance et une reddition de comptes efficaces. Selon la CCAF/FCVI, un conseil efficace :

- est composé de membres qui possèdent les connaissances, les compétences et l'engagement nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités;
- comprend ses buts et les intérêts des groupes qu'il représente;
- comprend les objectifs et les stratégies de l'organisation dont il assure la gouvernance;
- connaît et obtient l'information nécessaire pour assurer une bonne gouvernance;
- une fois bien informé, est prêt à agir afin de s'assurer que les objectifs de l'organisation sont atteints et que le rendement est satisfaisant;
- s'acquitte de ses obligations redditionnelles envers ceux et celles dont il représente les intérêts en fournissant de l'information sur le rendement de l'organisation.

Nous sommes d'avis que des conseils d'organisme de la Couronne efficaces, qui répondent à la définition ci-dessus, sont les mieux placés pour défendre les intérêts du Nouveau-Brunswick et de ses citoyens et jouer un rôle important pour contribuer au succès de leur société.

À notre avis, l'Assemblée législative, qui est un forum composé de représentants de la population du Nouveau-Brunswick, doit s'assurer que les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick sont gouvernés de manière efficace.

Notre objectif pour ce projet était le suivant :

> *Résumer les résultats de nos examens des cinq dernières années sur la gouvernance, examiner les pratiques en vigueur*

ailleurs et formuler des recommandations globales sur les mesures que la province peut adopter pour améliorer la gouvernance des organismes de la Couronne.

Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné les constatations et la documentation de nos examens précédents sur la gouvernance et assuré un suivi là où il était nécessaire. Nous avons aussi fait une recherche exhaustive sur les pratiques exemplaires en matière de gouvernance dans le secteur privé et le secteur public au Nouveau-Brunswick et ailleurs. De plus, nous avons interviewé des représentants de certains organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick et du Bureau du Conseil exécutif du Nouveau-Brunswick. Enfin, nous avons examiné divers documents d'organismes de la Couronne et effectué des contrôles par sondages limités sur de récentes nominations au conseil d'organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick.

Résumé des recommandations

Recommandations visant le gouvernement central (Conseil exécutif, ministères et autres organisations selon le cas)

Des mécanismes devraient être établis de façon à prévoir l'échelonnement des dates d'expiration des mandats des membres de conseil afin d'assurer une continuité aux conseils des organismes de la Couronne.

Le niveau de rémunération actuellement offert aux membres de conseil devrait être examiné pour voir s'il est suffisant pour attirer les meilleurs candidats aux postes d'administrateurs et récompenser correctement les membres de conseil de leurs efforts.

Nominations

La sélection des membres des conseils des organismes de la Couronne devrait reposer principalement sur la capacité manifeste du candidat ou de la candidate de contribuer à l'amélioration des résultats de l'organisation, et non sur son appartenance à un groupe démographique ou groupe d'intervenants particulier.

Mandats et attentes en matière de rendement

Les ministères responsables devraient signer des protocoles d'entente avec les organismes de la Couronne pour assurer une compréhension commune du mandat et des attentes en matière de rendement que le gouvernement a établis pour les organismes de la Couronne.

Au minimum, le gouvernement, représenté par le Conseil de gestion, le Comité des politiques et des priorités ou une entité similaire, devrait régulièrement examiner les plans stratégiques et les plans d'activités de tous les organismes de la Couronne pour s'assurer que l'interprétation par ces organismes des mesures législatives, du mandat et des attentes du gouvernement est compatible avec celle du gouvernement.

Les ministères responsables devraient surveiller la conformité des organismes de la Couronne à leur propre loi habilitante et aux autres lois pertinentes afin de réduire le risque que des mesures inopportunes soient prises.

La responsabilité de recruter et d'engager le premier dirigeant de leur organisme devrait être confiée aux conseils de tous les organismes de la Couronne.

Prestation de conseils et de soutien aux organismes de la Couronne

Le rôle de coordination du Bureau du Conseil exécutif devrait être élargi pour inclure la prestation de conseils et de soutien aux organismes de la Couronne dans certains ou l'ensemble des domaines suivants :

- **établissement et mise à jour périodique des normes de gouvernance visant tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick;**
- **surveillance de la conformité aux normes de gouvernance;**
- **prestation de conseils aux organismes de la Couronne dans l'application des normes de gouvernance;**
- **possibilités de formation sur la gouvernance pour les administrateurs des organismes de la Couronne;**
- **communication du point de vue de l'actionnaire, des priorités du gouvernement et des nouveaux enjeux aux organismes de la Couronne;**
- **prestation de conseils indépendants, sur demande, au Cabinet, aux ministres, aux conseils et aux premiers dirigeants sur le mandat, l'orientation, les plans et le rendement des organismes de la Couronne;**
- **détermination et coordination des principaux projets et questions stratégiques des organismes de la Couronne, au besoin.**

Rapports redditionnels

Le Bureau du Conseil exécutif devrait surveiller les rapports annuels des organismes de la Couronne pour s'assurer que la directive gouvernementale sur les rapports annuels est respectée.

La directive gouvernementale sur les rapports annuels devrait être modifiée pour inclure deux nouvelles exigences, soit :

- **Que les rapports annuels des organismes de la Couronne fassent état, lorsqu'il y a lieu, de la contribution de l'organisme au succès des priorités et des initiatives en cours du gouvernement.**
- **Que les rapports annuels des organismes de la Couronne comprennent un énoncé sur les pratiques de gouvernance, semblable à ce que contient le rapport annuel de 2002 de la Société d'énergie du Nouveau-Brunswick.**

Recommandations visant les conseils d'administration des organismes de la Couronne

Nominations

Les conseils d'administration des organismes de la Couronne devraient fournir aux ministères responsables les critères de sélection employés pour évaluer la candidature des membres potentiels de conseil.

Pratiques exemplaires pour les conseils d'administration

Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient s'assurer que des normes déontologiques sont établies pour leur organisme et qu'un mécanisme est en place pour surveiller la conformité à ces normes.

Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient sérieusement envisager de créer un comité de vérification pour renforcer l'examen par le conseil de l'intégrité des contrôles internes et des systèmes d'information de gestion de l'organisme.

Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient préparer pour leur organisme un énoncé de gouvernance qui décrit :

- **la structure de gouvernance et de reddition de comptes de l'organisme de la Couronne;**
- **les processus et les normes de gouvernance suivis, y compris ce qui est demandé des membres individuels du conseil;**
- **les rôles et les responsabilités du gouvernement, du conseil d'administration et de la direction.**

L'énoncé de gouvernance devrait être examiné régulièrement et mis à jour au besoin.

Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient négocier et documenter un protocole d'entente entre leur organisme et le ministre responsable pour établir comment seront traités les aspects importants de la gouvernance, les responsabilités respectives des joueurs clés de la gouvernance, etc.

Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient réaliser régulièrement des autoévaluations de leur efficacité. Ils devraient aussi envisager d'examiner régulièrement le rendement des membres individuels du conseil.

Périodiquement, les conseils d'administration de tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick devraient faire un examen critique des rapports qu'ils reçoivent régulièrement de la direction. En particulier, chaque conseil devrait s'assurer :

- **que les rapports présentés sont utiles et suffisamment détaillés pour permettre au conseil de s'acquitter efficacement de l'ensemble de ses rôles et responsabilités en tant que régisseur d'un organisme de la Couronne (par exemple, l'information dont**

se sert le conseil pour surveiller le rendement de l'organisme devrait porter à la fois sur les objectifs financiers et les objectifs relatifs aux services et être clairement liée aux plans approuvés);

- **que l'information dont le conseil ne se sert pas soit supprimée des rapports de gestion;**
- **que les rapports soient organisés de manière à faciliter leur consultation par les membres du conseil durant leurs délibérations.**

Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient régulièrement examiner le rendement du premier dirigeant de l'organisme.

Chapitre 7

Suivi sur le travail de vérification d'exercices antérieurs

Nous avons comme politique de suivre l'état de nos recommandations durant une période de quatre ans après leur inclusion dans notre rapport.

Pour donner aux ministères et aux organismes le temps de prendre des mesures, nous ne préparons pas de suivi après la première année. Après les deuxième, troisième et quatrième années, nous rédigeons un rapport d'étape qui montre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations.

Cet exercice de suivi nous permet d'obtenir l'information nécessaire pour évaluer la mesure dans laquelle nous atteignons l'un des trois objectifs que nous avons fixés pour le bureau :

> *Les ministères et les organismes acceptent nos recommandations et les mettent en œuvre.*

Le tableau qui suit montre le nombre total de recommandations formulées chaque année. Il montre également le nombre de recommandations mises en œuvre en totalité ou en partie.

Année de vérification	Recommandations			
	Total	Mises en œuvre	Partiellement mises en œuvre	Pourcentage
1999	99	42	20	63
2000	92	38	28	72
2001	190	100	37	72
Total	381	180	85	70

C'est la dernière fois que nous faisons rapport sur le travail que nous avons effectué en 1999 concernant le rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être à l'égard des normes relatives à la salubrité des aliments et la gouvernance exercée à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick. En 1999, nous avons formulé 36 recommandations ayant trait au rôle du ministère dans l'assurance que les établissements de services alimentaires respectent les normes de salubrité des aliments. Seulement quatre recommandations ont été mises en œuvre depuis. Je suis très déçu de constater la lenteur des progrès dans un domaine qui touche directement la sécurité de notre population. Les recommandations qui n'ont pas été adoptées sont reprises au chapitre 7. Les 13 recommandations avec lesquelles la Société des alcools du Nouveau-Brunswick n'était pas d'accord sont aussi reprises dans le chapitre 7.

Chapitre 8

Bureau du vérificateur général

Notre rôle au sein des services publics de la province est unique. Nous sommes indépendants du gouvernement en poste et nous fournissons de l'information directement à l'Assemblée législative. Cette information aide l'Assemblée législative à remplir son rôle consistant à tenir le gouvernement responsable de la façon dont les fonds publics sont gérés et les services sont fournis. Nous aidons également le gouvernement en formulant des recommandations à l'intention des hauts fonctionnaires des ministères et organismes que nous vérifions.

Nous favorisons la reddition de comptes en fournissant de l'information objective à la population du Nouveau-Brunswick par l'entremise de l'Assemblée législative.

Nous avons entrepris en avril 2002 un travail de mise à jour du plan stratégique de 1998 de notre bureau. Recourant aux services d'un consultant externe, nous avons interviewé tous les membres du personnel du bureau et un échantillon représentatif de nos intervenants externes, qui sont définis comme les députés de l'Assemblée législative, les ministères et les organismes, les médias et le grand public. Nous avons achevé le nouveau plan en mai 2003. Le plan se trouve sur notre site Web.

Le nouveau plan stratégique énonce les trois principaux buts sur lesquels nous concentrerons nos efforts au cours des cinq prochaines années. Ces buts sont :

- que l'Assemblée législative et le public connaissent le travail que nous faisons et en apprécie la valeur, et qu'ils aient confiance dans notre capacité de fournir de l'information opportune, objective et crédible;
- que les ministères et les organismes acceptent et mettent en œuvre nos recommandations;

- que nos intervenants, soit l'Assemblée législative, le public, les entités vérifiées et nos employés, nous perçoivent comme menant par l'exemple.

La présente section de notre rapport définit les indicateurs de notre plan stratégique de 1998, établis selon leur priorité stratégique, et discute nos progrès jusqu'à présent.

REPORT OF THE

Auditor General
of New Brunswick

Volume 1

2003

REPORT OF THE

Auditor General
of New Brunswick

Volume 1

2003

Published by:
Office of the Auditor General
Province of New Brunswick

December 2003

ISSN 0382-1420

Office of the
Auditor General

Bureau du
vérificateur général

New
Nouveau Brunswick

The Honourable Bev Harrison
Speaker of the Legislative Assembly
Province of New Brunswick

Sir

As required under Section 13(1) of the *Auditor General Act* I am submitting Volume 1 of my 2003 Report to the Legislative Assembly.

Respectfully submitted

Daryl C. Wilson, FCA
Auditor General

Fredericton, N. B.
2 December 2003

Tel/Téléphone:
(506) 453-2243
Fax/Télécopieur:
(506) 453-3067

P.O. Box 758
Fredericton
New Brunswick
Canada E3B 5B4

Case postale 758
Fredericton
Nouveau-Brunswick
Canada E3B 5B4

Table of Contents

Contents

Chapter 1 - Introductory Comments

Timeliness . . . 3
This year's Report will be in two volumes . . . 3
Comments on this year's work . . . 3
Comments on the operations of my Office . . . 6
Other comments of a general nature . . . 8
Acknowledgements . . . 10

Chapter 2 - Department of Family and Community Services
Child Day Care Facilities

Background . . . 13
Scope . . . 15
Results in brief . . . 15
The approval process . . . 16
Planning, conducting and using the results of inspections . . . 29
Policies and procedures . . . 37
Being accountable - Monitoring and reporting on the program . . . 39
Summary . . . 41
Conclusion . . . 44

Chapter 3 - Department of Finance
Tax Expenditure Programs

Background . . . 47
Scope . . . 48
Results in brief . . . 49
Approval of tax expenditure programs . . . 50
Objectives of tax expenditure programs . . . 52
Monitoring and evaluating tax expenditure programs . . . 53
Reporting on effectiveness . . . 56

Table of Contents

Contents

Chapter 4 - Department of Health and Wellness
Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units

Background 61
Scope 63
Results in brief 64
Accountability 65
Performance targets and standards 65
Accountability reporting information 72
Performance evaluation and corrective action 78

Chapter 5 - Department of Supply and Services
Management of Insurable Risks to Public Works Buildings

Background 89
Scope 91
Results in brief 91
DSS management of DNRE and DOT buildings 92
Building information 93
Assignment of appropriate personnel 94
Procedures to identify risk factors 96
Inspections should be performed periodically 98
Inspection program review 99
Qualifications of inspectors 100
Documenting inspection results in a timely manner 101
Address problems identified in a timely manner 101
Tracking insurable losses 103

Chapter 6 - Crown Agency Governance

Background 109
Objective and scope 111
Summary of recommendations 112
Keys to effective governance 115

Table of Contents

Contents

Chapter 7 - Follow-up on Prior Years' Audit Work

Background . . . 145
Scope . . . 145
1999 recommendations . . . 147
2000 recommendations . . . 156
2001 recommendations . . . 162

Chapter 8 - Office of the Auditor General

Background . . . 181
Office role and relevance . . . 181
New strategic plan . . . 182
Performance indicators . . . 183
Financial information . . . 186
Staff resources . . . 187

Appendices

Summary of significant audits conducted in departments and Crown agencies over the past six years . . . 191

Sections of the *Auditor General Act* relevant to the responsibilities of the Auditor General . . . 199

Chapter 1
Introductory Comments

Contents

Timeliness 3
This year's Report will be in two volumes 3
Comments on this year's work 3
Comments on the operations of my Office 6
Other comments of a general nature 8
Acknowledgements 10

Introductory Comments

Timeliness

1.1 At the time of writing of this annual Report, it appears that the Province's audited financial statements for the year ended 31 March 2003 will not be issued until at least November 2003. This would be more than seven months after year end. In order for information to be used for decision-making and accountability, it must be timely. When a government is already seven months into the next fiscal year, decisions made using this information could have limited benefit. But perhaps more importantly, is the fact that the taxpayers are still waiting to see how their money was spent. Some provinces in Canada release their audited financial statements before the end of June. Our own Province should adopt a similar reporting regime.

This year's Report will be in two volumes

1.2 The annual Report of the Auditor General normally includes a chapter on financial indicators. However, due to the government's lateness in closing its accounts we were not able to include such comments in this volume. We intend to prepare a second volume of the Report, which will include our financial observations, and this volume will be released early in the new calendar year. We also plan to include in that volume work we have done on the management of absenteeism, focusing on sick leave. My Office is also doing work on the salmon aquaculture industry and our findings are expected to be published in June 2004. The Federal Auditor General's Office and the Office of the Auditor General of British Columbia are also examining the salmon industry and we are planning a joint release of our reports.

1.3 There are a number of issues that I would like to raise in this chapter, some related to the projects we did this year, some related to operations of the Office of the Auditor General and others of a more general nature. I will start by emphasizing the importance of good governance and accountability.

Comments on this year's work

Governance

1.4 Over the past few years, there have been a number of private sector scandals that have resulted in the collapse of companies like Enron in the U.S. and Bre-X Minerals in Canada. These scandals have caused an increase in the public awareness and interest in issues of board governance and accountability. These boards of directors did not represent the best interests of the shareholders who appointed them. Further, they added little or no value to the corporations they were governing and instead blindly followed the advice of, and supported the decisions of, senior management.

1.5 In 2001, the Joint Committee on Corporate Governance, which included the Canadian Institute of Chartered Accountants and the Toronto Stock Exchange, had this to say in their final report:

> *The objective of good governance is to promote strong, viable and competitive corporations.*

1.6 So, when examining the governance of any corporation it is important to have the right checks and balances in place to avoid poor governance. It is equally important to have the mechanisms in place to promote good governance.

1.7 The extent to which government services are delivered in New Brunswick through Crown agencies is significant. For instance, eight regional health authorities are responsible for the delivery of a large part of the Province's health care. And Crown agencies have been created to look after the distribution and sale of liquor products, the provision of electricity needs, the delivery of regional development programs and the management of over $5 billion in pension fund assets. There are approximately thirty-five organizations listed in the government's financial statements that have been given responsibility to deliver government services and who in turn are accountable to the Legislative Assembly. That is why the principles of good governance and accountability are so important. And this is why we undertook five governance-related projects between 1996 and 2000, culminating in a comprehensive project on Crown agency governance on which we are reporting this year. The results of our work are found in chapter 6. In total we made 19 recommendations covering practically every aspect of corporate governance. Action on these recommendations will without question improve our corporate governance culture but more importantly will enhance accountability and in the long run improve corporate performance. I hope that our observations and recommendations are seen in this light.... as an attempt to improve corporate performance.

1.8 On a related matter, I am reporting in our follow-up chapter 7 that in 1999 the board of directors of New Brunswick Liquor Corporation disagreed with 13 of the 19 recommendations we made as a result of reviewing their governance and accountability structures. I was surprised to learn this because in almost every instance the recommendation was promoting a practice that is seen to be generally accepted. Recently I have been informed that the current board has taken a number of initiatives and plans to undertake others to "promote effective Board Governance and provide greater accountability to our shareholders". I am encouraged by this and trust that the work we are reporting on this year will help the Corporation, other Crown agencies and government improve governance practices in the Province of New Brunswick.

Accountability

1.9 This year we also undertook an audit on the accountability of psychiatric hospitals and psychiatric units. The genesis for this audit was

similar to that of Crown agency governance, in that more and more services are being delivered outside the direct control of a government department. For instance, many health services such as addiction services, extramural care, cancer care, cardiac care and mental health services are under the management of the Regional Health Authorities. With growing control at the regional level and more money being spent to support regional operations, it becomes increasingly important to have central mechanisms in place to ensure the government is achieving its objectives in these programs. The results of work in this area are found in chapter 4. Our overall conclusion was that the Department of Health and Wellness does not have appropriate accountability processes in place for the operations of psychiatric hospitals and psychiatric units. In other words it is not receiving sufficient information to evaluate performance. My Office's work in this area will be of even greater value to the government and Legislative Assembly (and ultimately to the citizens of the Province) if it is used as a basis to evaluate other situations where service is being delivered outside the direct control and supervision of a department.

Child day care facilities

1.10 The Legislative Assembly has passed legislation, and the government has established standards for child care facilities in the Province of New Brunswick. We thought the Members would be interested in knowing whether or not the Department of Family and Community Services has appropriate policies and procedures to ensure there is compliance with the legislation and standards. We found that while the Department has established processes for approving and inspecting day care facilities, they are not adequate and they do not always ensure compliance with legislation and standards. The results of this work are found in chapter 2.

Tax expenditures

1.11 In chapter 3, we make some observations and recommendations concerning tax expenditures. "Tax expenditures" is the term given to foregone revenues due to special exemptions, deductions, or rebates that reduce the amount of tax that would otherwise be payable to the Province. For instance, the sales tax exemptions on gasoline used by farmers and fishermen would be a tax expenditure. As a result of our work, we have noted that tax expenditures do not receive the same annual scrutiny and approval by the Legislative Assembly as ordinary expenditures. Furthermore there is no public reporting on the effectiveness of these programs.

Management of insurable risks

1.12 In the late 1980s the government decided to no longer insure provincial buildings, meaning that all losses related to events such as fire would be borne by the taxpayers. We were interested in determining how the Department of Supply and Services manages the risks for the public buildings it is responsible for. In other words, what steps are being taken to minimize the risk of a loss occurring to one of our buildings? The results of our work are found in chapter 5.

Comments on action taken to address recommendations of prior years

1.13 I will highlight a number of issues from our follow-up chapter 7 on prior years' recommendations. Our policy is to track the disposition of our recommendations for a period of four years after they first appeared in our Report.

In some cases there have been few recommendations adopted

1.14 This is the last year we will be reporting on our 1999 work on the Department of Health and Wellness' role in food safety standards, and on governance at New Brunswick Liquor Corporation. In 1999 we made 36 recommendations related to the Department's role in ensuring food service establishments comply with food safety standards. Only four recommendations have been implemented since that time. I am very disappointed to see such slow progress in an area that is directly related to the safety of our citizens. All of the recommendations that have not been acted upon are listed in chapter 7. The thirteen recommendations that were not agreed to by the New Brunswick Liquor Corporation are also listed in chapter 7.

There has been a very positive response to some audit recommendations

1.15 Most of our follow-up findings have been positive. In 2001 we made 74 recommendations as a result of an audit of the Pupil Transportation Branch within the Department of Education. In two years the Department has implemented fifty recommendations and partially implemented another fourteen. This is a significant accomplishment. Also the Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture has implemented all eight recommendations related to an audit of controls over cash handling and inventory and the Department of Finance has implemented all six of our recommendations related to a review of a new automated accounts receivable system.

Adoption of some recommendations is beyond the responsibility of one department

1.16 I draw the attention of the Members of the Legislative Assembly to four recommendations that we made in 2000 as a result of a review of legislation in the Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture. These recommendations were made with the objective of assisting the Legislative Assembly in fulfilling its responsibility of ensuring legislation is being effective and relevant. While the recommendations were made initially to the Department they are applicable to all departments that are responsible for administering legislation. The four recommendations are found in paragraphs 7.98 to 7.102. I hope that both the Legislative Assembly and the government will see the value in these recommendations and that appropriate action will be taken.

New appendix

1.17 I have added a new feature this year to our annual Report and that is a brief description of all significant audits we have conducted in departments and Crown agencies over the past six years. This information has been grouped by department and agency and is found in Appendix 1.

Comments on the operations of my Office

1.18 There are three issues concerning the operations of the Office of the Auditor General that I am bringing to the attention of the Legislative Assembly. I believe these issues are extremely important because they

relate directly to the Legislative Assembly's responsibility to hold the government of the day accountable and the ability of the Auditor General to act independently. And they can only be resolved by the Legislative Assembly. The issues are:

- the process for approving the annual budget of the Office of the Auditor General;
- my Office's current budget situation; and
- the method of appointing the Auditor General.

The process for approving the annual budget of the Office of the Auditor General

1.19 Section 17(1) of the *Auditor General Act* requires the Auditor General to submit a budget request annually to the Board of Management. The Board of Management, which is a sub-committee of Cabinet, makes the final determination of the amount included in the Main Estimates for the operations of the Office. So, in effect, the body we are mandated to audit determines the amount to fund our operations.

1.20 It is interesting to note that section 4(4) requires the Auditor General to determine the manpower requirements of the Office, but of course this has no meaning if the funding is not provided. Of greater concern, however, is that the body I report to, the Legislative Assembly, is not involved in the process at an early enough stage to allow it to significantly influence the outcome.

1.21 The budgets of at least seven audit offices are submitted directly to committees of the Legislative Assembly for approval in compliance with the legislation of those provinces. In one jurisdiction (Ontario), the budget is submitted initially to the government, then to a committee of the Legislative Assembly. In this case, there is provision for the chair and vice-chair of the Public Accounts Committee to attend meetings of the Board of Management when the budget of the audit office is reviewed.

1.22 The independence of the Office would be greatly enhanced and the Legislative Assembly would have increased assurance that the Office was capable of fulfilling its responsibilities, if the Legislative Assembly or a legislative committee was involved in the budget review process.

1.23 In my 2001 annual Report I pointed out that, since I am an Officer of the Legislative Assembly, I should have a legislative committee that I can approach on matters of an administrative nature. Reviewing my Office's annual budget could be one of those administrative matters.

My Office's current budget situation

1.24 As a result of the current arrangement, the Legislative Assembly is not aware of any requests for increased personnel or funds which are not accepted by the Board of Management. While my Office has on a number of occasions accepted government budget guidelines, we have on other occasions requested extra staff and associated funding. They

were not approved. As a result, my current funding supports a staff of 23, whereas seven years ago it supported 27.

1.25 For the 2004-05 fiscal year I will be requesting, under subsection 4(4) of my Act, two additional senior auditors and under subsection 17(1) an increase of $200,000 in funding. The extra staff is necessary to provide more extensive audit coverage in health, education, the environment and automated systems, areas of financial significance that have an impact on all New Brunswickers. The extra funding is to cover the cost of the extra staff, and to provide adequate funding for training, technology and other support services.

Method of appointing the Auditor General

1.26 The Auditor General is an Officer of the Legislative Assembly who by legislation is granted a term of office between five and ten years and can only be removed from the position on a two-thirds vote of the Legislative Assembly. This provides important independence to the Auditor General, but there is a serious shortcoming surrounding the method of appointment. Section 3(1) of the *Auditor General Act* gives the Lieutenant-Governor in Council the responsibility to appoint the Auditor General. There is no provision in the Act for government to consult with the other parties in the Legislature. In effect the power to appoint the auditor has been given to the body that the auditor will be auditing. This should be of concern to the Legislative Assembly which looks to the Auditor General for objective information and independent advice.

1.27 Since the Auditor General must be a non-partisan appointment, there should be some involvement of all political parties in the process. I understand that this has been done in the past as a matter of courtesy, but there is no requirement to do so. In British Columbia, the appointment follows a recommendation from a special committee of the Legislative Assembly and the Legislative Assembly itself. The Legislative Assembly is also directly involved in the appointment in Alberta, Ontario, Quebec and Newfoundland. In Saskatchewan and Ontario, there is consultation with the Chair of the Public Accounts Committee. The Auditor General must be independent and be seen to be independent. I ask that action be taken to ensure there is involvement by the Legislative Assembly in the appointment of all future Auditors General.

Other comments of a general nature

Risk management

1.28 In two of our audits this year we made recommendations concerning risk management. For instance in our audit of child day care facilities we said the Department of Family and Community Services "... should use a risk management approach or have a standard method of prioritizing inspection work for the Day Care Services Program." And in our audit of risk management for buildings, we recommended that the Department of Supply and Services "develop and document a risk management plan. The plan should identify all significant risks to each of its buildings ... and document what procedures are required to identify risk factors in each building."

1.29 Last year in our work on environmental inspections we stated, "to aid in the enforcement of their legislation, the Department should use a risk management approach and develop an inspection strategy and an inspection plan. The inspection plan should identify the required inspection work, both the areas for inspection and the frequency of inspection."

1.30 In 2001 one of our recommendations on pupil transportation was that, "the Department should clearly discuss the major risks of bus safety in its training material provided to students. The Department should consider the use of national accident statistics as a method of informing both children and parents where the risks are."

1.31 And in 1999 when we did our work on food safety we had this to say. "By doing risk assessments of food service establishments, inspectors will be able to determine the required inspection frequency, plan the necessary activities and then schedule them accordingly. Risk assessments should be updated on an annual basis....To use resources more effectively, higher-risk food service establishments should be targeted as having priority in the schedule."

1.32 From the work we did this year and previous years there appears to be a significant need for risk management training and skills. The need to identify and manage risks undoubtedly extends to most if not all departments. Because of this I see it as a central government issue and would look to Board of Management for the necessary leadership in providing this training.

New Brunswick's local governments do not follow PSAB

1.33 The Public Sector Accounting Board (PSAB) has been established by the Canadian Institute of Chartered Accountants (CICA) to issue recommendations and guidance with respect to matters of accounting in the public sector. The government of New Brunswick follows PSAB recommendations for its financial statements but has not required municipalities to do so. I believe the quality of financial reporting by local governments would be greatly improved if they were required to follow these recommendations. PSAB recognizes that financial statements should provide evidence of accountability and "report the information required by legislators and other users to help them make assessments and judgments concerning government financial operations and management."

1.34 Local governments in New Brunswick currently follow the Municipal Financial Reporting Manual in reporting their financial results. The Manual was developed in 1993, and while there have been a couple of updates since that time, it is not as comprehensive as PSAB, nor does it have the authoritative standing of a national independent standard setter. I have been informed by the Department of the Environment and Local Government that they "plan to fully review the PSAB recommendations in 2004 in order to determine the extent of

further study required prior to conducting a complete Reporting Manual revision in 2005."

1.35 While I understand there may be challenges to be faced in accepting PSAB for local governments, I would encourage the Department and government to do so. At the present time the provinces of Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta and British Columbia have adopted PSAB for their local governments.

About our Office

1.36 In most of our work we examine the extent to which a department or Crown agency has commented on its performance, either in delivering a service or in meeting annual objectives or performance indicators. We make recommendations when we believe they are warranted.

1.37 We are constantly reminded of our own responsibility in this area, because we too must be efficient and accountable. Chapter 8 represents our annual accountability report, which we believe is in compliance with the government's annual report policy. There we report on our goals, performance indicators and results.

1.38 A key indicator of our performance has traditionally been the survey results from members of the Public Accounts and Crown Corporations Committees. This year, due the provincial election, the committees did not meet to discuss our Report until late in 2003 and for this reason we did not conduct the surveys.

1.39 This year we made a significant effort to finalize our 2003-2008 strategic plan. The new strategic plan identifies three main goals that we will be concentrating on over the next five years. These are:

- the Legislative Assembly and the public are aware of and value all the work that we do, and have confidence in our ability to provide timely, objective and credible information;
- departments and agencies accept and implement our recommendations; and
- our stakeholders – the Legislative Assembly, the public, auditees and our employees – view us as leading by example.

1.40 These goals have related objectives and actions. The strategic plan has also resulted in us identifying new performance measures. A more full discussion on our strategic plan is found in chapter 8.

Acknowledgements

1.41 This Report is the culmination of a lot of hard work by the staff in my Office. Once again I am indebted to their professional advice and dedication.

Daryl C. Wilson, FCA
Auditor General

Chapter 2
Department of Family and Community Services Child Day Care Facilities

Contents

Background . . . 13
Scope . . . 15
Results in brief . . . 15
The approval process . . . 16
Planning, conducting and using the results of inspections . . . 29
Policies and procedures . . . 37
Being accountable - Monitoring and reporting on the program . . . 39
Summary . . . 41
Conclusion . . . 44

Department of Family and Community Services Child Day Care Facilities

Background

2.1 "Our children are our greatest hope and our most important obligation." These are the words of Premier Bernard Lord in his *State of the Province Address* on 30 January 2003, and it is a statement with which most people of New Brunswick would agree. The government has several programs for children. Interested in determining the government's involvement with day care facilities for children, we learned the following.

2.2 The authority for the government's involvement in child day care facilities is the *Family Services Act*.

- The Act gives the Minister of the Department of Family and Community Services the authority and the responsibility to: approve day care facilities; make standards; perform inspections; direct the operator to make changes; suspend or terminate operations; and enforce the legislation.
- The *Day Care Regulation - Family Services Act* (Regulation) specifies the responsibilities of the parties involved with approving day care facilities.
- The Regulation and the *Child Day Care Facilities Operator Standards* (standards) specify the conditions that day care facilities must follow.

2.3 The Department of Family and Community Services (Department) is responsible for the Day Care Services Program (program). The purpose of the program is to approve and monitor day care facilities to ensure that children who attend are safe and receive quality care. Eleven staff members are directly involved with the program. There are ten Early Childhood Services Coordinators (coordinators) who work in the Department's regional offices. There is also a Provincial Program Consultant who works in the central office. All eleven of these individuals have other program responsibilities in addition to the Day Care Services Program.

2.4 Child day care facilities are operated by individuals, corporations or not-for-profit groups. Child day care facilities include "day care centers" and "community day care homes". Typically, a "day care center" is a location, other than someone's home, where parents take their children for care. (The size may range from six to over sixty children.) And typically, a "community day care home" is where an adult uses their personal residence to take care of children. (The group size is smaller with a maximum of nine school-aged children, fewer if they are younger, including those living at the residence.)

2.5 On 31 March 2002, there were 359 approved day care facilities in the Province, providing 11,193 spaces. Most of the day care facilities are "day care centers". There are only approximately 25 "community day care homes". The number of approved day care facilities and spaces has been increasing at a slow but steady rate over the past ten years.

2.6 Day care facilities are inspected to ensure that they meet the requirements of the *Family Services Act*, the *Day Care Regulation* and the *Child Day Care Facilities Operator Standards* before they are "approved" by the Department. Annual inspections are performed by:

- the Public Health Regional Offices - Department of Health and Wellness (Public Health);
- the Office of the Fire Marshal - Department of Public Safety; and
- the Department. There are over one hundred standards that are to be verified through the Department's inspection.

2.7 While three government departments have responsibility for inspecting day care facilities, the Department of Family and Community Services has sole responsibility for approving the facilities. Certificates are to be issued annually to each facility indicating that it is "approved".

2.8 As an Office, we are interested in issues related to public safety and we have attempted to provide information that will assist in holding the government accountable for legislation it created to ensure the safety of the people of New Brunswick. Over the past six years, we have performed audits involving the Office of the Fire Marshal, pupil transportation, high-risk drivers, domestic well water quality, food safety and ambulance services. It is our interest in pursuing government accountability for safety legislation that led us to select the Day Care Services Program for audit. This program is responsible for the safety of a group who cannot speak publicly for themselves...our children.

2.9 In December 2001, a young boy died in Saint John from complications of E coli. The boy had attended a day care center. In March 2003, a coroner's inquest occurred as a result of the death. One of the recommendations from the inquest was, "An independent audit or review be conducted to determine how inspections are conducted by Family and Community Services of child care facilities. This audit

would recommend changes if required in the procedures being utilized during inspections of child care centers. This audit could be conducted by the Auditor General's Office or another qualified independent organization."

2.10 This chapter of our Report is in no way associated with these events. Preliminary planning for this audit took place in 2001, long before any of these events. The decision to proceed with this audit was communicated to the Department in January 2003. Most of the audit fieldwork was completed prior to the coroner's inquest. However, the Department did contact us to ask our opinion on whether our audit meets "the spirit and the intent" of the coroner's recommendation set out above. Our response was that it does to a point. The recommendations we made were directed towards bringing consistency between current practice and the current standards and legislation. The audit we conducted was not intended to question the adequacy or appropriateness of the current legislation or standards.

Scope

2.11 The objective for this audit was:

To determine if the Department of Family and Community Services has appropriate policies and practices to ensure compliance with the Province's legislation and standards for child day care facilities.

2.12 To provide further focus to our audit efforts, we developed four audit criteria to use as the basis or standards for our audit. These were discussed with the Department and it was agreed that they were reasonable. The criteria addressed the following:

- the process of approving day care facilities;
- planning, conducting and using the results of inspections;
- policies and procedures for the program; and
- monitoring and reporting on the program.

2.13 Our work included the following:

- reviewing relevant documents;
- interviewing program staff in central office and the regional offices;
- testing a sample of day care files; and
- performing analytical review procedures on program information.

2.14 We compared the audit evidence against the audit criteria in order to develop the findings, conclusions and recommendations that are presented in this chapter.

2.15 The audit was not directed towards verifying that all day care service providers were approved or evaluating the quality of the standards.

Results in brief

2.16 **While there is an established process for approving the operation of day care facilities, it is not always followed and it does**

not incorporate all of the regulatory requirements. We found cases where Certificates of Approval were issued without verification of compliance with the *Day Care Regulation* and Child Day Care Facilities Operator Standards. We found evidence that approvals are not being issued consistently by all of the regional offices due to differing requirements. And, we found that some requirements of the *Day Care Regulation* are not incorporated into the Department's process of approving day care facilities.

2.17 The Department has a standard form that, when used properly, would result in effective inspections being performed efficiently. However, the Department does not have established processes for prioritizing and performing inspections and for enforcing the standards. As a result, we found that inspection coverage is not adequate; inspections are being effectively performed at some day care facilities but not completely performed in others; and inspection results are not always linked to the approval process or enforcement actions.

2.18 The Department has not established formal policies and procedures for the Day Care Services Program.

2.19 The Department does not have appropriate procedures to measure and report on the effectiveness of their program for approving and monitoring child day care facilities.

2.20 We believe there are two key challenges to the Day Care Services Program. A proper decentralized program structure needs to be developed and the program's growth needs to be addressed.

The approval process

2.21 To enhance interpretation of this chapter, we would like to explain our usage of the following terms:

- "Certificate" refers to the Minister's approval of a day care facility, which could take the form of a first-time approval, a renewal or a temporary certificate.
- "Approval" is synonymous with Certificate, indicating the day care facility would receive a Certificate. It could be a first-time approval or a renewal.
- "First-time approval" refers to a new day care facility.
- "Renewal" refers to the annual approval for an established day care facility.
- "Infraction" refers to non-compliance with a standard; a standard that has not been met.

2.22 The legislation requires that all day care facilities obtain the Minister's approval to operate. The approval process involves the day care facility applying for an approval, paying the fee and meeting the legislative requirements, and the Department ensuring that the requirements are satisfied and then issuing the Certificate of Approval. While the process is the same for both "day care centers" and "community day care homes", the requirements differ. For example, annual inspections by Public Health and the Office of the Fire Marshal are requirements for "day care centers", but they are not requirements for "community day care homes".

2.23 Certificates are valid for one year and the expiry date is clearly shown on the Certificate. Each year the day care facility must apply for a renewal. The renewal process is the same as the process for obtaining a first-time approval and the requirements are the same. Hence, references to "the approval process" include both first-time approvals and annual renewals.

2.24 Our first criterion was:

> *The approval to operate a child day care facility should be issued in compliance with legislation.*

2.25 To determine whether this criterion was met, we reviewed the relevant legislation, we examined the Department's policies and practices, we tested a sample of day care files, we performed some analytical review and we talked with staff. Our findings include the following.

- the requirements are not always met prior to the Department approving a day care facility;
- not all of the approved day care facilities received the required inspections during 2002;
- the Department is not complying with other sections of the Regulation; and
- Certificates are not always renewed on a timely basis.

The requirements are not always met prior to the Department approving a day care facility

2.26 Section 3(2) of the Regulation sets out the requirements for obtaining an approval, or renewal of an approval, for a day care center. The requirements are:

- an application has been received;
- the appropriate fee has been paid;
- Public Health has given a written statement of compliance stating that the sanitation, lighting, ventilation and other general health standards in the day care center meet the standards;

- the Office of the Fire Marshal has given a written statement of compliance stating that the day care center meets fire prevention standards and building standards;
- the Minister is satisfied that the day care center complies with the criteria prescribed by the Regulation and any standards prescribed by the Minister; and
- the Minister is satisfied that the operator of the day care center will meet specified conditions.

2.27 We selected a sample of forty Certificates issued to day care facilities for testing. The sample included day care facilities from each of the eight regional offices. It was comprised of six first-time approval Certificates and 34 renewal Certificates. While most were day care centers, there were two community day care homes included in the sample. We did not test for all of the legislative requirements. We examined only the following documents for each day care file in the sample:

- the application form remitted by the day care facility;
- the statement of compliance from Public Health;
- the statement of compliance from the Office of the Fire Marshal; and
- the day care inspection form (and subsequent spot check forms) completed by the coordinator in the regional office.

2.28 Only two of the forty sample items had all the documentation present, indicating compliance with the regulatory requirements selected for testing, to support the issuance of the Certificate (95% did not).

- Only one of the six first-time approval sample items had the proper documentation to support the issuance of the Certificate.
- Only one of the 34 renewal sample items had the proper documentation to support the issuance of the Certificate. While 17 of the 34 renewal sample items had all of the required forms present, in several cases the forms indicated that the day care facility had infractions at the time the facility was approved. Any documented infraction is effectively a statement of non-compliance.

2.29 The following observations discuss the deficiencies that we observed.

The application form, remitted by the day care facility, was not always present and properly completed

2.30 We examined the application form, remitted by the day care facility, to determine if it was present and properly completed. We found problems in eight of the forty files. Our observations included the following.

- The form was absent from four files. For one of these files, the renewal Certificate was dated August 2002 and as of March 2003,

the coordinator indicated the application form had still not been received.

- The form was dated after the Certificate date in two files. Since it is the day care facility's responsibility to apply for approval, no day care facility should be issued a renewal Certificate without first applying.
- The wrong form was used in two files. Since each form requires different information, it is important that the proper form be completed.

A statement of compliance from Public Health, within the previous twelve months, was not always present

2.31 We examined the statement of compliance from Public Health to determine if it was present, if an inspection had been conducted within the previous twelve months and if the inspector had recommended the day care center for approval. Since a public health inspection is not required for "community day care homes", our sample size was reduced to 38 items. We observed deficiencies in eleven of the 38 items tested. Our observations included the following.

- Documentation regarding a public health inspection, within the previous twelve months of the Certificate date, was not present for nine of the 38 items. One of these nine was a first-time approval.
- Of the remaining 29 items, two of the files had a public health inspection form indicating that the facility had infractions. In one file, the inspection form indicated that the indoor temperature was below the standard. In the second file, the inspection form had three remarks requiring immediate corrective action: completing a daily cleaning schedule, replacing floor tiles around toilets and keeping the floor swept free of sand that was slippery. In both files, there was no recommendation from the Public Health Inspector that the day care be approved. There was no further documentation indicating that these infractions had been corrected. We believe that an inspection form with infractions or orders for corrective action is insufficient documentation. Either a written statement of compliance or a written recommendation for approval should be required from the Public Health Inspector prior to issuing a Certificate to a day care facility.

A statement of compliance from the Office of the Fire Marshal, within the previous twelve months, was not always present

2.32 We examined the statement of compliance from the Fire Prevention Inspector to determine if it was present, if an inspection had been conducted within the previous twelve months and if the inspector had recommended the day care for approval. Since a fire prevention inspection is not required for "community day care homes", our sample size was 38 items. We observed deficiencies in 16 of the 38 items tested. Our observations included the following.

- Documentation regarding a fire prevention inspection, within the previous twelve months of the Certificate date, was not present for thirteen of the 38 items.

- Of the remaining 25 items, three of the files had a fire prevention inspection form indicating that the facility had some infractions. In one file, the inspection form indicated that the fire closures were unsatisfactory and issued an order to "ensure all fire doors close and latch properly". In the second file, the inspection form had five orders that included: removing electrical extension cords, changing the sleeping area, cleaning the storage room, installing an exit and changing door locks. In the third file, the inspection form required the replacement of the bulbs in the exit lights. In each file, there was no recommendation from the Fire Prevention Inspector that the day care be approved. There was no further documentation indicating that these infractions had been corrected. We believe that either a written statement of compliance or a written recommendation for approval should be required from the Fire Prevention Inspector prior to issuing a Certificate to a day care facility.

Requirements need to be formalized for inspection documentation, follow-up and communication with both Public Health and the Office of the Fire Marshal

2.33 There were significant inconsistencies in the documentation received from both Public Health and the Office of the Fire Marshal. Documentation ranged from a simple e-mail, stating that an inspection was done and the day care center had met the standards, to an inspection form indicating non-compliance. We found that it was sometimes difficult to determine whether or not the Public Health Inspector or the Fire Prevention Inspector was recommending that the day care center be approved.

2.34 In the sample of 38 items, we encountered eleven different types of inspection forms from the Public Health Inspectors and nine different types of inspection forms from the Fire Prevention Inspectors. The inconsistency in the inspection forms introduces the risk that different characteristics are being examined for compliance in different areas of the Province.

2.35 While the requirement to perform inspections is clearly assigned in the Regulation to Public Health, the Office of the Fire Marshal and the Department, specific inspection responsibilities are not clearly defined. The Department has developed a standard form for performing day care inspections; however, this is not the case for the other offices that are assigned inspection responsibilities.

2.36 We understand that the responsibility for doing follow-up of the public health and fire prevention inspections has not been clearly assigned. We observed several inspection reports from the Public Health Inspectors and one from the Fire Prevention Inspector where the inspection report indicated that there were orders for corrective action, yet the day care facility was still recommended for approval. Some of the comments on the public health inspection forms included:

disinfecting the kitchen, toys and the diaper-change area; putting a thermometer in the refrigerator; cleaning areas; supplying liquid soap; and storing food in plastic containers. There was only one file in the sample with outstanding comments from the Fire Prevention Inspector. It was a first-time approval. The comments involved: placing a portable fire extinguisher on the wall, installing an emergency light and finishing the wall around the electrical panel.

2.37 There are no formal communications between the Department and Public Health or the Department and the Office of the Fire Marshal. While meetings have occurred to address problems, there are no regularly scheduled meetings. Formal communication channels have not been established. We believe that each party would benefit from a formalized relationship through a written agreement that describes their roles, responsibilities and means of communication.

Recommendations

2.38 In order to ensure inspections are conducted as required by legislation, the Department should formalize their relationship in written agreements with the Public Health Regional Offices - Department of Health and Wellness and the Office of the Fire Marshal - Department of Public Safety. The agreements should clarify each department's roles and responsibilities and establish expected inspection frequencies, standard reporting requirements and designated follow-up responsibilities.

2.39 The Department should establish a formal working committee with each department and meet regularly to ensure that interdepartmental issues are identified and addressed promptly.

Departmental response

2.40 *The Department agrees that such written agreements or protocols are warranted, and has initiated discussions with the Office of the Fire Marshal and the Department of Health and Wellness. In addition we are in the process of forming working committees with the Office of the Fire Marshal and the Department of Health and Wellness for the purposes of identifying and addressing common issues of concern, with the initial meeting to be held in September, 2003.*

The Department's day care inspection was not always performed prior to issuing the Certificate or prior to the expiry of the previous Certificate

2.41 We examined the Child Day Care Facilities Inspection Forms, completed by the coordinators in the regional offices, to confirm that they were present and to ensure that inspections were performed prior to the Certificate dates.

2.42 We observed deficiencies in thirty-two of the forty items tested. Our observations included the following.

- The Department's inspection form, for measuring compliance with the day care standards, was not present for three of the forty items.

- In three other files, the inspection form was present but not completed. Only the first page of the inspection form, containing information on issuing the Certificate, was used for one first-time approval. In another first-time approval file, a partial inspection had been done; however, several standards were marked with a note to verify at the next visit. The third file involved a renewal Certificate and the inspection form was only partially completed.

- In one file, where the Department was issuing a renewal Certificate, an inspection form was present. However, the day care had changed locations, the inspection had been done at the old location and only a spot check had been done at the new location. The Department confirmed that a full inspection is required when a day care changes its location.

- Five of the files had a day care inspection form indicating that the inspection had been done only after the previous Certificate had expired. In one case, the inspection was done the day after the Certificate expiry date. In two cases, the inspection was done two and one half months after the previous Certificate had expired.

- Of the remaining 28 items, twenty of the inspection forms indicated that the facility had not complied with all of the standards. One of the most common infractions in our sample was non-compliance with the standard requiring that all staff members "comply with the terms of the Prior Contact and Criminal Record Check Policy". Other infractions that were common in our sample included the following. Day care personnel files lacked the required documentation of first-aid training and medical examination. An inspection plan for the outdoor play equipment was not present ensuring that the equipment was checked regularly. Records indicating the practice of monthly fire drills were not always maintained. Electrical receptacles did not always have protective coverings. And, indoor play equipment was not always clean and in good repair.

Not all of the approved day care facilities received the required inspections during 2002

2.43 In addition to the testing on the sample of Certificates, we also performed an analytical review of the inspections performed during 2002.

2.44 Using the inspection dates recorded in the Department's information system, we did an analysis of 369 day care facilities that were operating as of 31 December 2002 to determine if each facility had received the three required annual inspections (Public Health, Office of the Fire Marshal and the Department's) during the 2002 calendar year. While we did not validate the dates by reviewing file documents, we did confirm some of the older inspection dates with the coordinator in the regional office. The program's computerized information indicated the following:

- Only 266 of the approved day care facilities received the three required annual inspections during 2002 (28% did not).
- 92 day care facilities (25%) did not receive an inspection from the Office of the Fire Marshal during 2002. For 14 of these day care facilities, the last fire prevention inspection recorded occurred in 2000, indicating that two full years had passed without inspection.
- 16 day care facilities (4%) did not receive an inspection from Public Health during 2002.
- Five day care facilities (1%) did not receive an inspection from the Department during 2002.

2.45 While it is possible that Public Health and the Office of the Fire Marshal may have done inspections in some of these facilities, the Department's records did not show this. The Regulation clearly states that the Department must have a statement of compliance from both Public Health and the Office of the Fire Marshal before approving a day care facility.

Other findings

2.46 Other significant findings related to first-time approval Certificates and one specific renewal Certificate in our sample.

Additional observations on first-time approval Certificates

2.47 While we believe that complete and thorough inspections should always be performed prior to issuing a Certificate, we consider new facilities and new locations to be higher risk since compliance with the requirements has never been verified. In our testing of the sample, we were surprised to find that only one of the six first-time approval Certificates had appropriate documentation supporting the issuance of the approval. Three were missing the Department's inspection and one had an inspection form that was only partially complete. Another inspection form indicated non-compliance with the standard requiring criminal record checks on day care staff.

2.48 Since the sample was small and did not include all of the eight regional offices, we carried out additional work on the information in the Department's computer system. We reviewed the inspection dates on 43 first-time approval Certificates that were issued during the period April 2002 to February 2003. Eight of the 43 were approvals for "community day care homes" and neither a public health inspection nor a fire prevention inspection is required for this type of day care. The program information indicated the following.

- The Department's day care inspection date was before the Certificate date for each of the eight "community day care homes". This is a positive observation indicating that the homes were inspected for compliance with the standards prior to being approved.

- Only 19 of the 35 "day care centers" had all three of the required inspections dated before the Certificate date. (46% did not.)

- The public health inspection date was after the Certificate date for ten of the 35 "day care centers".

- The fire prevention inspection date was after the Certificate date for ten of the 35 "day care centers".

- The Department's day care inspection date was after the Certificate date for 15 of the 35 "day care centers".

Additional observations on one specific renewal Certificate in our sample

2.49 We consider large facilities to be higher risk since the number of children that could be affected is greater should a fire, health or safety incident occur. In our testing of the sample, we were surprised to find that a renewal Certificate had been issued to a large facility without appropriate documentation supporting its issuance. This day care facility was issued a Certificate on 22 January 2003. It is one of the largest day care facilities in the Province.

- There was no statement of compliance from Public Health within the previous twelve months. The last public health inspection on file was dated 7 December 2000. The inspection was over two years old at the time the renewal Certificate was issued.

- There was no statement of compliance from the Office of the Fire Marshal within the previous twelve months. The last fire prevention inspection on file was dated 28 March 2001. The inspection was over twenty-one months old at the time the renewal Certificate was issued.

- The day care facility had not complied with the Child Day Care Facilities Operator Standard 9.1. This standard requires a day care facility to ensure that "prior contact and criminal record checks" are conducted on potential staff members prior to their hiring. The day care facility must forward copies of the criminal record checks to the Department. Both the application form, remitted by the day care facility, and the Department's day care inspection form indicated that these records were missing for several staff members.

- And, the Department's day care inspection form indicated that the day care facility had not complied with nine other Child Day Care Facilities Operator Standards. Some of the infractions involved the standards for first aid kits, administering medication and documenting reportable incidents.

Recommendation

2.50 The Department should ensure compliance with all regulatory requirements prior to approving a day care facility.

Departmental response

2.51 *Although procedures are in place in memo format, it appears from your findings that we can do a better job at consistent application. To that end, the Department will begin the development of a Day Care Services Program Policy and Procedures Manual in the fall of 2003, in order to provide clear procedures for staff to follow prior to approving a day care facility. This manual will be further enhanced by the creation of procedures for the Quality Inspection Scheduling tool as they become available, as well as recommended revisions to the Day Care Regulation 83-85 respecting the issuance of temporary approvals.*

The Department is not complying with other sections of the Regulation

2.52 Our observations from testing the sample of forty items clearly indicated that the Department is not always complying with section 3(2) of the Regulation because the requirements of receiving an application from the day care facility, receiving statements of compliance from both Public Health and the Office of the Fire Marshal and ensuring that the day care facility complies with the standards are not always met prior to the Department issuing a Certificate to a day care facility. The following observations involve other sections of the Regulation with which the Department is not complying.

The Department is not verifying that the operator meets the requirements listed in Section 3(2)(f) prior to issuing a Certificate

2.53 Section 3(2)(f) lists six attributes the operator must meet.

> *3(2) Subject to subsection (3) and section 4, the Minister shall issue an approval or renew the approval of a day care center where...*
>
> *(f) the Minister is satisfied that the operator of the day care center*
>
> *(i) will operate the day care center in a manner that will maintain a spirit that is conducive to the development of a child;*
>
> *(ii) will be willing to participate in training programs or workshops that are determined by the Minister to be advantageous;*
>
> *(iii) will provide an atmosphere that is safe but non-restrictive to a child's development;*
>
> *(iv) is aware of local community services that may be used to enhance the quality of programs and services available in the day care center;*
>
> *(v) will maintain a working relationship with the officials of the department who provide consultation to day care centers; and*
>
> *(vi) meets any other requirements respecting qualifications of an operator which the Minister may prescribe.*

2.54 Through our review of the approval process, we could find no means by which the Minister obtained assurance that the operator met these requirements. The application form does not address these operator attributes. And, there are no guidelines that would aid the coordinators in determining if these requirements are met. Program staff agreed that the operator requirements in the Regulation are not well defined, have no supporting guidelines, are difficult to measure and are not formally verified as part of the approval process.

The Department is not verifying that the organizational requirements, listed in Section 3(3), are met prior to approving a day care centre

2.55 While Section 3(2) states the requirements for obtaining an approval, section 3(3) states conditions when the Minister shall not issue an approval of a day care center. It states:

> *The Minister shall not issue an approval of a day care center or a renewal thereof unless*
>
> *(a) the operator is a body corporate, and*
>
> *(b) the Board of Directors of a day care center which is non-profit in nature consists of not less than seven members who are elected at an annual public meeting.*

2.56 Only requirement (b) is incorporated into the standards. Requirement (a) has not been incorporated into the standards and is not part of the Department's approval process. Discussions with coordinators in the three largest regions confirmed that neither of these requirements was being verified.

The Department's policy regarding which day care providers require a Certificate of Approval is not consistent with the Regulation

2.57 The *Family Services Act* requires that any facility providing day care services, center or home, obtain the Minister's approval. Section 2 of the Regulation defines several terms including the following.

- It states, "*day care services* means the care and supervision of a child for a period of less than twenty-four hours in a day care facility." The Regulation defines a *day care facility* as a day care center or a community day care home.
- It states,

> *"community day care home" means a home in which day care services are provided for a maximum of*
>
> *(a) three infants,*
>
> *(b) five children of the ages two to five,*
>
> *(c) nine children who are of the age six and over, or*
>
> *(d) six children where the children are of the ages five and under and six and over,*
>
> *including those of the operator;*
>
> *"day care center" means a facility in which day care services are provided for*

(a) four or more infants,

(b) six or more children of the ages two to five,

(c) ten or more children of the age six and over, or

(d) seven or more children where the children are of the age of five and under and six and over,

including those of the operator;

2.58 The definitions for "day care services" and "community day care home" are very general. Our interpretation of the definitions is that they apply to most child care situations because what is commonly referred to as "babysitting" fits the Regulation's definition of "day care services". For example, our interpretation of the definitions would mean that a non live-in "nanny" caring for child in the child's home is providing "day care services". And, our interpretation of the definitions would mean that a neighbour caring for even one child fits the definition of "day care services" and would need to be approved as a "community day care home".

2.59 There are no provisions in the legislation allowing day care services without the Minister's approval. However, the Department's *Policy Direction: Number of Children Permitted Without a Certificate of Approval* dated 18 August 1997 sets a "floor" below which approval is not required. It states:

> *The number of children for whom an individual may provide day care services without requiring a certificate of approval shall be in accordance with the following, that is,: i) two infants, ii) four children ages two to five, iii) eight children aged six and over, or iv) five children where the children are of the age five and under and six and over, including those of the operator.*

2.60 This *Policy Direction* is not consistent with the definition in the Regulation.

2.61 The impact of the Department's *Policy Direction* being different from the Regulation is that, in some cases, child care services that meet the definition in the Regulation, and hence require approval, do not require approval according to the Department's *Policy Direction*. Using the Department's *Policy Direction* results in fewer approved *"community day care homes"*.

2.62 The general definitions in the Regulation are not precise and the Department's current approval process is not consistent with all of the definitions in the Regulation. The *Day Care Regulation* was established in 1983. It is our understanding that while there have been two additions to the Regulation, the original terms have remained unchanged. In 1987,

the Office of the Comptroller reviewed this program and noted the need for legislation amendments.

2.63 Through our review, we found regulatory terms that were not being followed, Department practices that were not consistent with the Regulation and sections of the Regulation that were not being complied with. Given that twenty years have passed and there has been tremendous growth in the program due to society's changing needs for day care services, we conclude that the Regulation should be reviewed. The Department agreed that the Regulation is in need of review and likely in need of amendment.

Recommendation

2.64 The Department should review the *Day Care Regulation - Family Services Act* and current practices. Differences should be identified and appropriate changes made to the practices, the Regulation or both.

Departmental response

2.65 *The Department commits to reviewing the Day Care Regulation 83-85 against current practices and will immediately undertake discussions with the Department of Justice to request assistance with this task.*

Certificates are not always renewed on a timely basis

2.66 Section 26(2) of the *Family Services Act* states that the Minister's approval to operate a day care facility is required. And section 26(3) states, "Any person who contravenes subsection (2) commits an offence."

2.67 Certificates of Approval are issued for a one-year period. While day care facilities can have differing Certificate expiry dates, the expiry date remains the same each year for a facility. Interested in determining whether the Department had a timely renewal process, we looked for information that would show if there were any expired Certificates.

2.68 Our review showed that 23 operating day care facilities had expired Certificates at 31 December 2002.

2.69 We also did an analysis of "Past Due Approvals". We examined the number of approvals that were past due each month for the regional offices for the period 1 April 2002 to 31 December 2002. Observations from the analysis included the following:

- Four of the eight regions had at least one month during 2002 when there were no "Past Due Approvals". The other four regions had some "Past Due Approvals" each month during the year.
- The region with the most day care facilities (113) had the lowest percentage of "Past Due Approvals".
- The remaining seven regions each had at least 10% of their day care facilities with "Past Due Approvals" during at least one month during 2002.

- One of the seven regions had five of their fourteen day care facilities (36%) with "Past Due Approvals" for three consecutive months.
- Another one of the seven regions had nine of their twenty-one day care facilities (43%) with "Past Due Approvals" during one month.
- And yet another one of the seven regions had 11 of their 23 day care facilities (48%) with "Past Due Approvals" for two consecutive months. (Surprisingly, this region had the lowest average number of facilities per coordinator position.)

2.70 From these observations, we conclude that day care renewal Certificates are not always issued on a timely basis. By allowing day care facilities to operate without an approval, the Department is not enforcing section 26 of the *Family Services Act*.

Recommendation

2.71 The Department should determine why Certificates of Approval are not being renewed prior to their expiry dates and implement corrective actions to ensure their timely renewal.

Departmental response

2.72 *The Department will review this practice to ensure that renewals are completed prior to expiration of certificates of approval. The implementation of corrective actions will be clarified through the risk management approach of the Quality Inspection Scheduling tool and will also be set out in the Day Care Services Program Policy and Procedures Manual.*

Conclusion

2.73 This criterion is not met. The established approval process is not always followed and it does not incorporate all of the regulatory requirements. We found cases where Certificates of Approval were issued without verification of compliance with the *Day Care Regulation* and Child Day Care Facilities Operator Standards. We found evidence that approvals are not being issued consistently by all of the regional offices due to differing requirements. And, we found that some requirements of the *Day Care Regulation* are not incorporated into the Department's process of approving day care facilities.

Planning, conducting and using the results of inspections

2.74 While our first audit criterion involved the approval process, our second audit criterion involved the inspection process. Performing inspections to ensure day care facilities are complying with the Department's day care standards is a process that is critical to the approval process.

2.75 Our second criterion was:

> *Inspections of child day care facilities should be performed to measure compliance with legislation and the Child Day Care Facilities Operator Standards.*

2.76 In assessing the effectiveness of the Department's inspection of day care facilities, we examined:

- the planning of inspections (how they are prioritized and scheduled);
- how inspections are conducted (the inspection form and how it is used); and
- how inspection results are used.

Planning - how inspection work is prioritized and scheduled

2.77 We were pleased to find that the Department maintains a master list of all approved day care facilities. We were also pleased to find that responsibility for all day care facilities has been assigned to the ten coordinators. Therefore, all approved day care facilities requiring inspection have been assigned to staff members who are responsible for their inspection and monitoring.

2.78 The approval requirements and standards differ for a "day care center" and a "community day care home". The risks also differ between different facilities. However, the Department's inspection process does not incorporate the differing risks. The Department does not use a risk management approach or have a standard method of prioritizing inspection work for the program. The inspection requirements are the same for all day care facilities. The inspection frequency is the same and the same inspection form is used.

2.79 The Department recognizes the benefits of having a risk management approach and has been looking at ways to improve inspection scheduling since the mid 1990s. In 2001, the Department performed a pilot project called Quality Risk Based Assessment in one regional office.

2.80 The Department's information system serves as a scheduling tool. It is programmed to notify the coordinators in advance of when inspections are due. While all coordinators use the system for recording day care information, they do not use it as a scheduling tool. Coordinators do not have inspection schedules to guide their work.

2.81 We believe the following audit observations are the result of inadequate scheduling of inspections.

Not all day care facilities were inspected during 2002

2.82 As noted earlier, our analytical review of inspection dates recorded in the information system indicated that five of the 369 approved day care facilities did not receive an inspection from the Department during 2002.

2.83 Proper scheduling of inspections could ensure that all approved day care facilities are inspected annually.

Inspections were not always complete

2.84 When examining the Child Day Care Facilities Inspection Forms completed by the coordinators in the regional offices, we found that 14 of the 36 inspections were not complete.

2.85 In some situations there are valid reasons why a complete inspection may not be possible in one visit. For example, the annual inspection is not complete when it is performed during the winter months, when snow prevents inspection of the outside play area. While it may be the intent that a spot check done at a later date would include these uninspected areas, this is not always the case. In many cases in our sample, there was no documented evidence that the uncompleted portions of the inspection had been verified afterwards.

2.86 Proper scheduling of inspections and spot checks could ensure that all standards get verified annually at each approved day care facility.

The timing of the annual inspection is predictable

2.87 Normally inspections are more effective when notification is not given prior to inspection. The element of surprise is important when performing inspections in order to obtain a true representation of operations. While day care inspections are unannounced, their timing is predictable. Annual inspections almost always take place during the month that the day care's Certificate expires. The annual expiry date is fixed. This reduces the element of surprise because day care facilities can expect the inspection during the month that their Certificate expires.

2.88 It is our opinion that inspections could be performed during any of the three months prior to the Certificate's expiry. Inspections during the last quarter would still provide timely and relevant verification of compliance with the standards. And, by making the timing of the inspection less predictable, the inspection results should be more reliable.

Some inspections were performed after the Certificate expired

2.89 As we reported earlier, five of forty items tested had a day care inspection form indicating that the inspection had been done after the previous Certificate had expired.

2.90 Proper scheduling of inspections could ensure that each approved day care facility is inspected prior to the expiry of its Certificate.

The actual inspection frequency did not meet the Department's requirement

2.91 The Department's requirement is that every day care facility will receive one annual inspection and three spot checks throughout the year. A spot check is a planned, but unannounced, visit to a day care facility to verify the staff to child ratio and to quickly make observations regarding compliance with the standards. There is a standard form for documenting the spot check visit. We were pleased to see that the Department had developed the practice of performing and documenting spot checks. We believe that spot checks provide the opportunity for better monitoring of a day care facility's performance.

2.92 We performed an analysis of the number of day care facilities receiving spot checks and the number of spot checks performed at each

day care facility during the calendar year 2002. Our observations included the following.

- None of the regional offices are meeting the Department's requirement of having three spot checks performed annually at each day care facility. The region with the highest coverage had 74% of the day care facilities receiving three or more spot checks during 2002. The region with the second highest coverage had 43% of the day care facilities receiving three or more spot checks during 2002. And, the region with the third highest coverage had 15% of the day care facilities receiving three or more spot checks during 2002. There were four regions that had no day care facilities receiving the required three spot checks during 2002.
- Over 90% of the day care facilities in the Fredericton, Moncton and Saint John regions received at least one spot check during 2002.
- More than 60% of the day care facilities in the Chaleur, Miramichi and Acadian Peninsula regions did not receive any spot checks during 2002.
- All but one region had some day care facilities that received more than one spot check. (In one region, no facility received more than one spot check in 2002.)
- In the region with the greatest frequency of spot checks, 49% of the day care facilities received four or more spot checks in 2002.

2.93 In the 1987 Office of the Comptroller's program review, a deficiency in performing spot checks was reported. The Department's response indicated that a computerized system would improve the timing of spot checks and Certificate issuance. Since the Comptroller's report, the system was implemented. However, the required number of spot checks is still not being done.

Recommendations

2.94 The Department should use a risk management approach or have a standard method of prioritizing inspection work for the Day Care Services Program.

2.95 The Department should ensure that coordinators have an inspection schedule to guide their work. The inspection schedule should ensure that:

- **all day care facilities are inspected regularly;**
- **all required components of inspections are completed;**
- **the timing of the inspection is not predictable;**
- **inspections are performed before the Certificate expires; and**
- **the inspection frequency meets the Department's requirement.**

2.96 The inspection schedule should include both routine annual inspections, and spot checks, and non-routine inspections arising from public complaints and follow-up of identified deficiencies.

2.97 The Department should ensure that the required number of inspections and spot checks is performed annually for each approved day care facility.

Departmental response

2.98 *The Department is currently developing a risk management approach for the inspection and monitoring of day care facilities, which will be implemented province-wide by March 2004. This Quality Inspection Scheduling tool will ensure that coordinators have an inspection schedule to guide their work, and the tool has already been piloted and validated in one the Department's regions.*

2.99 *The Department will have the capacity within its new NB Families computer system to generate timely reminders to staff as to when inspections and spot checks and renewals are required and will track their completion via monitoring reports. The new system will automatically generate a "task" to the staff reminding them of the date that all approvals, inspections and spot checks are due. If not acted upon, another "task" will automatically be generated for the supervisor indicating that an inspection or spot check is "overdue".*

Conducting - the inspection form and how it is used

2.100 We were pleased to find that the Department has a consistent method for documenting inspections. Inspections are documented using a form that combines a checklist with areas for comment. We were also pleased that the inspection form indicates results that are in compliance, as well as those that are non-compliant. Documenting all of the attributes where compliance is measured provides better evidence that a thorough inspection was performed. The inspection form is understandable, relevant and substantially complete when compared to the standards. It serves as an efficient and effective tool.

2.101 However, while we found that all regions use the inspection form, we were disappointed to find that only eleven of the 36 inspection forms that we examined were properly completed. Inconsistencies in the completion of the inspection forms impair the usefulness of both the information and the work performed. The major deficiency that we observed was that the compliance schedule was not used properly. The compliance schedule provides space to concisely document the standards that were not met, the required actions, the compliance date, the date the correction was verified and additional comments. None of the 36 inspection forms that we examined had used the compliance schedule for follow-up (verification of corrections made by the day care facilities).

Recommendation

2.102 The Department should ensure that the inspection form is properly completed for every annual inspection performed at each day care facility.

Departmental response

2.103 *A directive will be sent to regional staff by fall, 2003 that will request the proper completion of the inspection form. This directive will then be incorporated into the Day Care Services Program Policy and Procedures Manual.*

Using the results of inspections

2.104 We were disappointed to find that inspection results are not always linked to the approval process or enforcement actions. While positive inspection results do indicate compliance with the Province's Regulation and standards and do contribute to the approval process, negative inspection results are not always pursued. We found evidence that Certificates are issued regardless of the inspection results and enforcement actions on negative inspection results are rare.

Certificates are issued regardless of the inspection results

2.105 Legislation integrates the inspection function with the approval process by requiring a day care facility's compliance with the Regulation and standards prior to the Minister approving the day care facility. However, our audit observations indicated that compliance was not always required prior to issuing the Certificate. While performing the annual inspection is definitely considered an important step in the approval process, it appears that the next step is to issue the Certificate, regardless of the inspection results.

2.106 In our review of 36 inspection forms supporting Certificates that had been issued within the past year, we made the following observations relating to non-compliance with the standards.

- Twenty-three day care facilities had not complied with the terms of the Prior Contact and Criminal Record Check Policy.
- There were four files where 20-25 infractions were recorded, yet a regular renewal Certificate was issued.

2.107 One day care facility, with 20 infractions noted on the inspection form, was not complying with the standards relating to: health (hand washing, diapering, first aid); fire safety (emergency procedures, fire drills, protective coverings on electrical receptacles); play equipment (inspection plan for outdoor play equipment); and administration (posting of the daily schedule and evacuation procedures; having statements of service regarding child illness, child guidance, parental involvement and complaints).

2.108 Another day care facility, with 23 infractions noted on the inspection form, was not complying with the standards relating to: staff employment criteria (medicals, first aid, criminal record checks); the program (written weekly plan, outdoor play); health (hand washing, first aid); fire safety (emergency procedures, protective coverings on electrical receptacles); play equipment (inspection plan for outdoor play equipment); and administration (child records; personnel records; posting requirements for the daily schedule and the individual in charge; statements of service regarding child abuse and complaints).

2.109 Another day care facility with 25 infractions noted on the inspection form was not complying with many of the same standards as the previous example. The inspection form also indicated non-compliance with three other standards relating to effective supervision, the indoor play equipment and the arrangement of the play environment.

2.110 The fourth day care facility had 22 infractions noted on the inspection form. It was not complying with the standards relating to: staff employment criteria (medicals, first aid, criminal record checks); health (diapering, medication documentation); general safety (emergency lights, exit doors); potty chairs; play environment (indoor play equipment; outdoor play equipment); and personnel records.

2.111 The Department is not complying with the legislation when it issues a Certificate without ensuring that the day care facility is complying with the standards. Inspections should contribute more toward the enforcement of the legislation.

Negative inspection results are not always pursued

2.112 While there was evidence of follow-up on negative inspection results in some files in the sample of 36 inspection forms tested, there was not in others. Since none had used the compliance schedule, we reviewed subsequent spot check forms to determine whether follow-up had been done. We found several files where there was no evidence of follow-up of infractions that we felt should have been followed-up based on the importance of the non-compliance. Examples included the following:

- missing evidence of staff employment criteria including criminal record checks, medicals and first aid training;
- the indoor play equipment not being safe, clean and in good repair;
- program plans not being developmentally appropriate;
- diapering equipment, disposal and changing procedures being inappropriate; and
- missing protective coverings on electrical receptacles and other standards relating to safety.

Enforcement actions are rare

2.113 There have been only three closures of day care facilities by the Department in over twenty years of the program. Because the program is decentralized, enforcement responsibilities are with the regional office; however, closing a day care facility requires the Minister's authority and thus involves central office. We found that the Department has not established and documented a process for enforcement of the standards and legislation. Therefore, the coordinators in the regional offices have little guidance on when to proceed with an investigation or closure.

2.114 The Regulation provides for the issuance of a Temporary Certificate to a day care center when the Minister is satisfied that the

approval requirements will be met within a designated period of time, not to exceed six months.

2.115 A Temporary Certificate can be used as an enforcement tool. It serves as a "conditional certificate" allowing the day care facility time to correct performance and comply with the standards.

2.116 We were pleased to find that the Department has developed a process for issuing Temporary Certificates and the information system has the capability of recording, identifying and tracking Temporary Certificates. However, we found that there was very limited use of Temporary Certificates, there was inconsistency in the coordinators' understanding of their use, and, we saw two cases where we believe their use was inappropriate. In the following two cases a Temporary Certificate was issued; however, we believe proceeding with more aggressive enforcement actions would have been more appropriate.

2.117 In the first file, we believe more aggressive enforcement actions would have been appropriate because of the following.

- No application form had been received. Remitting an application form is a legislative requirement for the approval process.
- The fire prevention inspection on file was ten months old. It indicated that there were infractions and did not have a recommendation for the day care center's approval.
- The Department's day care inspection form indicated that 23 standards were not being fully met and it indicated that corrective action was required. The infractions involved the standards relating to: staff employment criteria (medicals, first aid, criminal record checks); safety (keeping toxic products in the original labelled containers, practicing fire drills monthly, protective coverings on electrical receptacles); play equipment (inspection plan for outdoor play equipment); bathrooms; mattresses; and administration (child records; personnel records; statements of service regarding child abuse and complaints).

2.118 In a second file, we observed that the coordinator had re-issued Temporary Certificates repeatedly, and the day care had been issued a Temporary Certificate for the third time. The first Temporary Certificate was for one month. The second was for a two-month period. And the third was still active during the time of our review. The reason for the Temporary Certificate was to give the facility time to comply with a public health infraction. We believe that once a Temporary Certificate expires, the Department should either issue the renewal Certificate (if the day care is now complying) or proceed with enforcement actions (if the day care is still not complying).

2.119 We also reviewed files where a Temporary Certificate was not used and we thought it should have been. For example, we reviewed files where the day care inspection form indicated that there were several infractions, yet a regular renewal Certificate was given. A Temporary Certificate would have been appropriate until verification of the necessary changes at the day care facility took place. Also, we reviewed files where no Certificate was issued as the coordinator awaited a statement of compliance from Public Health or the Office of the Fire Marshal. Then, once the statement of compliance was received, the Certificate was backdated and issued. A Temporary Certificate could have been issued instead of waiting and backdating a Certificate.

2.120 The current process of inspecting day care facilities only verifies whether or not the standards are being met. It does not enforce compliance. The follow-up of infractions and the enforcement of the standards and legislation are two other important components of ensuring compliance. In 1987, the Office of the Comptroller's review of this program reported, "There is no application of sanctions in respect of non-compliance with the Act, Regulations and Standards. Day Care facilities are licensed regardless of the findings." Our findings indicated that this statement still holds true.

Recommendations

2.121 The Department should ensure appropriate follow-up is done when inspections are incomplete or when infractions are detected.

2.122 The Department should establish a process for enforcement of the standards and legislation. The process should be documented and clearly communicated to the coordinators.

2.123 The Department should update the guidance on when to use a Temporary Certificate and monitor their usage to ensure that all the coordinators use Temporary Certificates appropriately.

Departmental response

2.124 *The Department agrees with these recommendations and will address them through the development of the Day Care Services Program Policy and Procedures Manual to be completed within the fiscal year 2003-2004.*

Conclusion

2.125 This criterion is partially met. While the program has a standard form that, when used properly, would result in effective inspections being performed efficiently, the Department does not have established processes for prioritizing and performing inspections and for enforcing the standards. As a result, we found that inspection coverage is not adequate; inspections are being effectively performed at some day care facilities but not completely performed in others; and inspection results are not always linked to the approval process or enforcement actions.

Policies and procedures

2.126 Policies and procedures establish rules to help ensure that a program is provided in accordance with legislation and that the program is delivered consistently throughout the Province.

2.127 Our third criterion was:

Policies and procedures for approving child day care facilities, monitoring the facilities and enforcing the legislation should be documented and easily accessible by staff. There should be quality control practices to ensure that the policies and procedures are followed and updated as needed.

2.128 The Department does not have a policies and procedures manual for the Day Care Services Program. Hence, coordinators are not guided by documented procedures for approving and inspecting child day care facilities and enforcing the legislation. The Department recognizes the need for these.

2.129 The Department has issued a number of Policy Direction memos to staff. These cover such topics as issuing Certificates and their covering letter, issuing Temporary Certificates and collecting approval fees. These memos could serve as a useful reference for specific issues. However, their usefulness is limited since they have not been collected and organized for the coordinators. They have been given to staff via inter-office memo in the past, as the need arose, without guidance on their retention. The coordinators may not be aware of all of the Policy Directions because they have been issued over time and several are old, some dating back to 1986. During this time, the number of coordinator positions has increased and there has been turnover in the position in some regions.

2.130 There is a higher risk for inconsistencies in program delivery without formal policies. This risk is further increased with a decentralized program, such as Day Care Services. We observed the following inconsistencies during our review.

- Some of the coordinators believe that a fire prevention inspection is required every twenty-four months, rather than the actual twelve-month requirement.
- One of the coordinators believes that their inspection of a first-time approval is required sometime during the twelve months following the issuance of the Certificate. The actual requirement is that the Department's inspection be performed before the day care facility is approved.
- Other inconsistencies that we described earlier include: timeliness of issuing Certificates; spot check frequency; completeness of inspections; follow-up of non-compliance with the standards; and the use of Temporary Certificates.

2.131 We believe that these differing interpretations and inconsistencies indicate the need for formal policies and procedures.

2.132 In 1987, the Office of the Comptroller reviewed this program and reported the need for a policies and procedures manual. Our findings indicated that this need is still present. In addition to developing a policies and procedures manual, it is imperative that it is properly delivered to staff with training where necessary. And, to ensure that the policies and procedures are followed and updated as needed, quality control practices need to be implemented.

Recommendations

2.133 The Department should develop documented policies and procedures for approving child day care facilities, monitoring the facilities and enforcing the legislation. The policies and procedures should be easily accessible by staff.

2.134 The Department should train staff, as necessary, to help ensure the policies and procedures are understood and followed.

2.135 The Department should develop and implement quality control practices to ensure that the policies and procedures are followed and updated as needed.

Departmental response

2.136 *Although there have been a series of previous memos sent to inform relevant staff about policies and procedures, the Department agrees to formalize these through the development of a Day Care Services Program Policy and Procedures Manual and will begin development of such a manual in fall, 2003. Training of staff will be a large component of the roll-out of the policy and procedures manual. Monitoring of the Day Care Services Program will include reviewing the implementation of the new policy and procedures manual, as well as the development of quality control practices to ensure that the manual is updated as required.*

Conclusion

2.137 This criterion is not met. The Department has not established formal policies and procedures for the Day Care Services Program.

Being accountable - Monitoring and reporting on the program

2.138 Appropriate monitoring and reporting procedures provide information for determining whether a program is meeting its objectives.

2.139 Our fourth criterion was:

> *The Department should have appropriate procedures in place to measure and report on the effectiveness of the program for approving and monitoring child day care facilities.*

2.140 Any government program should have program goals and performance monitoring procedures, and government should report on the effectiveness of the program. We assessed each of these in determining whether this criterion was met.

Program goals

2.141 The Department does not have goals or targets for the program, against which they can measure results.

Recommendation

2.142 The Department should establish goals and targets for the Day Care Services Program, against which they can measure results.

Departmental response

2.143 *The Department will begin to develop goals and targets for the Day Care Services Program within the current Program Standards within the next twelve months.*

Performance monitoring

2.144 An adequate monitoring system has not been established for the program, monitoring responsibilities have not been assigned and regular monitoring procedures are not being performed.

2.145 Without monitoring of the program, problems may not be identified (and hence not corrected) in a timely fashion. We believe that the following problem areas may have been avoided with proper program monitoring:

- program delivery is not fully complying with the legislation;
- there are inconsistencies in program delivery between the regional offices; and
- incomplete inspection reports indicate a quality control issue.

2.146 In 1987, the Office of the Comptroller reviewed this program and reported a deficiency in monitoring procedures for the coordinators and the approval process, including inspection reports. Our observations indicate that this weakness still exists.

Recommendation

2.147 The Department should establish a performance monitoring plan for the Day Care Services Program with specific monitoring procedures.

Departmental response

2.148 *The Department agrees to begin the development of a formal performance monitoring plan for the Day Care Services Program within the next twelve months. This plan will be in line with the monitoring roles and responsibilities of the Department's new Program Development and Monitoring Division.*

Reporting on the effectiveness of the program

2.149 With program goals and monitoring lacking, the Department does not receive relevant and accurate reporting on the effectiveness of the inspection and approval of day care facilities.

2.150 The only reporting on the program, in the Department's annual report, is very limited, stating only the number of approved day care facilities and spaces.

2.151 The government and Legislative Assembly are not being provided with information that is useful in determining whether the day care standards are being met or whether the program is meeting expectations.

2.152 We were disappointed in the lack of action on the government's 1994 Policy titled, *New Directions – Child Care Reforms* that states the following:

> *In order to improve the quality of child care provided by regulated child care facilities, the following enhancements are being introduced:*
>
> - *Policy to strengthen the enforcement of existing regulations and standards.*
> - *Regulatory requirement for operators to post, on site, notice of infractions, in order to inform parents.*

2.153 The Department confirmed that these two enhancements have not been implemented.

2.154 By not implementing the suggested recommendations and enhancements, including those made by the Office of the Comptroller as long ago as 1987, the Department did not accept the opportunities to improve the program and report on their success.

Recommendations

2.155 The Department should report on the effectiveness of the Day Care Services Program both internally and publicly in its annual report.

2.156 The Department should review the report prepared by the Office of the Comptroller in 1987 to determine which findings and recommendations are still relevant, decide what action is to be taken and establish an implementation plan.

2.157 The Department should review the 1994 Policy titled New Directions – Child Care Reforms to determine which long-term strategic directions are still relevant, decide what action is to be taken and establish an implementation plan.

Departmental response

2.158 *The Department will review the documents as requested for relevant recommendations. The Department agrees to report on the effectiveness of the Day Care Services Program internally and publicly.*

Conclusion

2.159 This criterion is not met. The Department does not have appropriate procedures to measure and report on the effectiveness of their program for approving and monitoring child day care facilities.

Summary

2.160 The Department of Family and Community Services recognizes the importance of day care facilities providing quality care. They have developed approximately one hundred and forty standards for day care facilities to follow.

2.161 We believe there are two key challenges to the Day Care Services Program. A proper decentralized program structure needs to be developed and the program's growth needs to be addressed.

A proper decentralized program structure needs to be developed

2.162 When the program decentralized in 1985, it consisted of four regional staff members and 67 facilities. The program was small and a proper decentralized program delivery structure was not established prior to assigning the program delivery responsibility to the regional offices. The following observations summarize the weaknesses in the program's delivery structure and the problems that have resulted.

- There are no formal communications between the Department and the Public Health Regional Offices - Department of Health and Wellness or between the Department and the Office of the Fire Marshal - Department of Public Safety. Both of these other departments are responsible for inspecting day care facilities. This has resulted in inconsistencies with the frequency of inspections, the documentation received from different inspectors and the follow-up of infractions observed by the other two departments.
- The Department has not established and documented a process for enforcement of the standards and legislation. We observed cases where day care facilities were issued Certificates without complying with the standards and cases where day care facilities were operating without valid Certificates.
- The Department has not established formal policies and procedures for the program. We observed several inconsistencies in the issuance of Certificates and the inspection of day care facilities.
- There is no formal program monitoring. This has resulted in situations involving non-compliance with legislation, unaddressed training needs and inadequate quality control.
- Program reporting is lacking. As a result the government and Legislative Assembly do not know whether the day care standards are being met or whether the program is having a positive impact.
- Program delivery enhancement opportunities have been missed.

2.163 Addressing these weaknesses will undoubtedly improve the program.

The program's growth needs to be addressed

2.164 There has been substantial growth in the program since 1985 when the standards were introduced and the program was decentralized. On 31 March 2002, there were 359 approved day care facilities. This is an increase of 292 day care facilities (436%) since 1985. The following observations suggest that the Department is not properly managing the growth in the program.

- The number of day care facilities within the program is growing steadily but the human resources assigned to the program are not.

  There was growth in the number of departmental staff assigned to the program until 1994; however, there have not been any increases since 1994. While the number of coordinator positions has remained the same, the number of day care facilities requiring annual renewals and ongoing monitoring has increased by 56% since 1994. Several of the coordinators with whom we spoke told us that they were overwhelmed with their caseloads. Some coordinators expressed concerns of increased risks to children due to the lack of time coordinators can spend at the facilities.

  There have not been any changes to the number of central office staff assigned to the program since 1985. There is only one central office staff member for this program, and this individual has other program responsibilities in addition to the Day Care Services Program.

  As already mentioned, all eleven of the individuals responsible for the Day Care Services Program have other program responsibilities as well. This means that only a portion of their work time can be assigned to inspecting day care facilities, issuing Certificates, responding to complaints, providing advice to the day care facilities and all the other tasks involved with the Day Care Services Program.

- There has been no change to either the program or the program's delivery. The legislation is unchanged.

- We did a caseload analysis comparing the number of day care facilities assigned to the coordinators in each of the eight regions. While all coordinators are assigned the same responsibilities, there are substantial differences in the number of day care facilities assigned to the coordinators.

  The average number of day care facilities per coordinator position ranged from 23 to 57. (Using the provincial totals, the average number of day care facilities per coordinator position is 42.) We also observed that while both the Edmundston and Campbellton regions have approximately the same number of approved day care facilities, 23 and 21 respectively, the Edmundston region has a full position, while the Campbellton region has only a half position.

2.165 It appears that the Department is not properly managing the growth in the program since there have been no changes to the program's expectations and resources since 1994.

Recommendation

2.166 The Department should re-examine the number of day care coordinator positions needed and the basis for their allocation to the

eight regional offices. The Department should make changes as necessary to ensure that sufficient resources are effectively assigned to the regional offices.

Departmental response

2.167 *The Department will re-examine its staffing needs and allocations.*

Conclusion

2.168 While the Department of Family and Community Services does have established processes for approving and inspecting day care facilities, it is our opinion that they are not adequate and they do not always ensure compliance with the Province's legislation and standards for child day care facilities.

2.169 Legislation provides for an appropriate system to protect children in approved day care facilities. It states that all day care facilities must be approved; and, they must comply with the Regulation and standards prior to being approved. And further, it states that it is illegal to operate a day care facility without an approval. When Certificates of Approval are issued without ensuring compliance with the Regulation and standards, the system breaks down. When day care facilities are allowed to operate without a valid Certificate of Approval, the system breaks down. When the system breaks down, the public is let down as the children in day care facilities are not provided with the promised protection.

2.170 The legislation and the standards were established to ensure a certain quality of day care service. If the approval and inspection processes do not ensure compliance, then the expected and required quality will not be achieved. We have made several recommendations that we think will help the Department ensure that the legislation is followed and quality day care services are provided.

Chapter 3
Department of Finance
Tax Expenditure Programs

Contents

Background 47
Scope 48
Results in brief 49
Approval of tax expenditure programs 50
Objectives of tax expenditure programs 52
Monitoring and evaluating tax expenditure programs 53
Reporting on effectiveness 56

Department of Finance Tax Expenditure Programs

Background

3.1 We typically associate government programs with the expenditure budget. But not all government programs are offered in this manner. Governments are also offering programs using various tax revenues. Ever since the introduction of personal income tax, there have been deductions and exclusion programs that have reduced the tax revenue.

3.2 These programs have the effect of reducing taxes paid by certain taxpayers and, as such, reducing the tax revenues otherwise due to the Province. These types of programs are commonly referred to as *tax expenditures*.

3.3 There is no universally accepted definition of tax expenditures, although there appears to be general agreement on the concept. The Department of Finance of Canada has defined tax expenditures as follows.

> *Tax expenditures are foregone tax revenues, due to special exemptions, deductions, rate reductions, rebates, credits and deferrals that reduce the amount of tax that would otherwise be payable.*

3.4 Tax expenditures can be viewed as providing financial assistance to certain groups of taxpayers or as providing economic incentives that encourage specific taxpayer behaviour.

3.5 Some examples of provincial tax expenditure programs and the benefits to the affected taxpayers are identified in Exhibit 3.1.

3.6 Tax expenditures affect the financial position of the Province in the same way as direct spending programs. A dollar in forgone revenue has the same impact on the Province's surplus or deficit as a one-dollar increase in direct expenditure. We believe that tax expenditure programs can have economic effects that are identical to government direct spending programs. In some situations, tax expenditures can be viewed as an alternative to direct expenditures.

Exhibit 3.1
Examples of provincial tax expenditure programs

Tax	Program	Benefits to affected taxpayers
Personal income tax	New Brunswick low income seniors' tax benefit	$100 per year for seniors in receipt of either a Guaranteed Income Supplement, Allowance for Survivor or Extended Spouse's Allowance
Gasoline and motive fuel tax	Exemptions for aquaculturists, farmers, fishermen and silviculturists	Provides for point of sale tax exemptions on motive fuel and refund of tax on both gasoline and motive fuel
Real property tax	Assessment reduction program	Partial exemptions for qualifying properties owned by charitable and qualifying non-profit organizations
Personal income tax	Political contributions tax credit	Maximum $500 tax credit • 75% of the first $200 of contributions • 50% of the next $350 of contributions • 33.33% of the next $525 of contributions
Corporate income tax	Labour incentive film tax credit	For corporations whose principle business is the production of films, a tax credit equal to a maximum of 40% of eligible salaries paid to New Brunswick residents. Wages in excess of 50% of the total costs of production are not eligible for consideration.

3.7 However, tax expenditure programs and direct expenditure programs are not presented to the Legislative Assembly in the same way in the annual budget approval process. As well, there is currently no information available publicly on the cost of the tax expenditure programs offered by the Province. There is no means of knowing whether these programs are achieving what they set out to accomplish. It is possible that a program could have achieved its purpose and is no longer a useful program for taxpayers.

Scope

3.8 Because of the number of tax expenditure programs, and the accountability issues surrounding them, we decided to focus our attention on this area.

3.9 Our objective for this project was as follows:

To examine and assess the processes of approving, monitoring, evaluating and reporting provincial tax expenditure programs.

3.10 We developed four audit criteria to use as the basis or standard for our audit. These were discussed with the Department of Finance and it was agreed that they were reasonable.

3.11 We reviewed in detail a sample of four representative tax expenditure programs to examine the government process from the perspective of the four audit criteria.

3.12 The following are the four programs reviewed:

Tax	Program	Benefits to affected taxpayers
Gasoline and motive fuel tax	Tax exemptions on motive fuels for various classes of consumers	Provides for point of sale tax exemptions on motive fuel and refund of tax on both gasoline and motive fuel
Real property tax	Assessment reduction program	Partial exemptions for qualifying properties owned by charitable and qualifying non-profit organizations
Real property tax	Farm land identification program	Allows for the deferral of real property tax on registered farm land and real property
Personal income tax	Labour sponsored venture capital tax credit	Taxpayers who purchase shares of prescribed New Brunswick labour sponsored venture capital corporations are eligible for a 15% non-refundable provincial tax credit up to a maximum credit of $750

3.13 We obtained audit evidence by reviewing documentation, conducting interviews and performing compliance testing of various departmental processes. We compared audit evidence against audit criteria to develop findings, recommendations and conclusions. We also reviewed practices in jurisdictions outside of New Brunswick.

3.14 The majority of the work we conducted was in the Department of Finance. Given the broad nature of the responsibilities of the Department and its role in the taxation revenue programs, we concluded that such an audit focus was appropriate.

Results in brief

3.15 Tax expenditure programs are not subject to the same stringent scrutiny of the Legislative Assembly that is applied during the process of approving the yearly expenditure budget. The Legislative Assembly approves the establishment of these programs, but does not receive sufficient information on a regular basis to assess their continuing relevance and value.

3.16 The tax expenditure programs we examined did not have measurable objectives that would indicate what the program was expected to achieve.

3.17 There is no formal process in place to guide the monitoring and evaluation of tax expenditure programs.

3.18 There is no public reporting on the effectiveness of tax expenditure programs.

Approval of tax expenditure programs

3.19 Our first criterion was:

Tax expenditure programs should be properly approved.

3.20 Under long-established practice in the Province of New Brunswick, the Legislative Assembly is required to provide its prior approval for all expenditures of public money. It does this through appropriation acts. These acts are the major legislative control over government expenditures.

3.21 The approval process for tax expenditure programs is not the same.

3.22 The process required for the initial approval of a tax expenditure program appears to be quite rigorous. It involves enacting (or changing) legislation. This requires the sponsoring department to complete a Memorandum to the Executive Council using the procedures set out in the Procedures Manual for Executive Council Documents. The procedures require the completion of a policy analysis, which according to the manual is to include:

- why the proposal for the new or amending act is being made;
- what is being proposed;
- how the objectives will be accomplished;
- advantages and disadvantages of the proposal; and
- a description of the enforcement methods.

3.23 The above procedures appear reasonable. However we are unable to confirm that they are performed because we have been refused access to all Executive Council documents.

3.24 Senior Department of Finance staff advised us that revenue programs, including tax expenditure programs, cannot be created or changed without supporting statutory authority.

3.25 Although we could not directly examine the approval process in support of the to create the tax expenditure programs, we were able to locate the legislative authority for all four of the programs we selected for review. While this satisfied us that appropriate approval had been given, we were concerned over the supporting information given to the Legislative Assembly. While we were informed that cost estimates underlying the foregone revenue are often received by the Legislative Assembly, there is no requirement that this information be made available at the time of approval. Another cost that should be reported, if it is significant, is the cost to administer the program.

3.26 Each year the Main Estimates set out the estimated revenue amounts for the year. Although the revenue may be discussed, the legislators do not vote upon these amounts at budget time. Unless there is a requirement in the supporting legislation, tax expenditure programs

are not subject to the same stringent scrutiny of the Legislative Assembly that is applied during the process of approving the yearly expenditure budget.

3.27 Other jurisdictions have found that tax expenditure programs are subject to less budget scrutiny than direct expenditures. Funds spent through tax reductions are often insulated from competition with other spending priorities. Delivering programs using tax revenues can hinder the government's ability to assess accurately the value of such programs relative to other needs. And not treating tax expenditure programs in the same manner as direct expenditures can obstruct the formulation of a co-ordinated and consistent budget plan.

3.28 Other jurisdictions have also found that once a program has been approved as part of the tax system, its ongoing relevance may never be challenged. The process of curbing tax expenditures programs is more difficult than for direct expenditures, in many cases, because the necessary financial information is not available to prompt and support the appropriate action.

Recommendations

3.29 Government should provide financial information to the Legislative Assembly at the time when legislative approval is sought for a tax expenditure program.

3.30 Government should prepare information for the Legislative Assembly that would facilitate its scrutiny of tax expenditure programs on a regular basis.

Departmental response

3.31 *While there is no formal process that specifically states that financial information must be provided, financial information is always available when tax measures are introduced in the legislature and is almost always provided. There are mechanisms whereby cost projections are provided during the legislative process such as the introductory statement, at second reading or at the Committee of the Whole stage. However, the manner in which this information is provided is a of government. The Department has no jurisdiction in dictating what information is to be provided to the Legislative Assembly or when.*

3.32 *The Department agrees in principle that more information should be provided on those tax expenditures that are most similar to expenditure programs. However, we would like to point out that the monitoring, evaluation and reporting of such programs requires resources and time. Therefore, the establishment of a reporting process should strike a reasonable balance between the costs and the benefits of conducting such evaluations.*

Conclusion

3.33 Based on the representations made by the Department of Finance and results of the audit sample, we conclude that this criterion has been met. However, always providing cost projections to the Legislative

Assembly at the time of the initial approval of the programs would improve the approval process. And accountability would be strengthened if there were a means of approving the continuation of tax expenditure programs, following their initial implementation.

Objectives of tax expenditure programs

3.34 Our second criterion was:

Tax expenditure programs should have measurable objectives.

3.35 There are a number of considerations when one is establishing a program. One of the most fundamental of these considerations is establishing measurable program objectives. The program objectives guide the program activity and are the reference point for dealing with challenges and changes to the program as it evolves. The objectives must be stated in terms that allow the comparison of actual results to the intended results, and they must facilitate a useful measurement of the performance of the program.

3.36 Full accountability for performance requires those responsible for delivering government programs to be aware of what measurable objectives they are expected to achieve.

3.37 As previously discussed, the Procedures Manual for Executive Council Documents requires the establishment of program objectives. The manual requires a description of the objectives and how they will be accomplished. We inquired about the existence of any provincial or departmental policy that outlines a requirement for tax expenditure programs to publicly disclose measurable program objectives (or expected outcomes). Senior Department of Finance staff advised us that there is no such policy.

3.38 We reviewed available documentation and supporting legislation for four tax expenditure programs in an attempt to identify any measurable objectives.

3.39 We found that in all four cases there is responsibility assigned for the delivery of the program. There are also eligibility criteria established to qualify for the tax expenditure programs. However, there are no clearly documented, measurable objectives that would indicate what the program was expected to achieve.

3.40 For example, the Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture is responsible for delivering the Farm Land Identification Program. Based on discussions with departmental staff, we were able to identify that the purpose is to maintain agriculture land for agricultural use, and to prevent encroachment on agricultural land by urban and residential development. While we were encouraged to see that staff is aware of the thrust of the program, measurable objectives were not formally established. For example, the program could have an objective

related to the percentage of farm land that is registered in the Province, or an objective of increasing the percentage of farm land area in the Province as compared to total land area.

3.41 In the absence of measurable objectives, we believe that program administrators and legislators are not receiving sufficient information to allow them to develop a complete understanding of what to expect from the program.

Recommendation

3.42 Government should establish measurable objectives for all tax expenditure programs.

Departmental response

3.43 *The Department agrees with this recommendation to the extent that program objectives are measurable and that the measurement can be conducted at a reasonable cost, such as in the case of the New Brunswick Film Tax Credit. However, for some programs, establishing measurable objectives and measuring the performance of the program are not easily quantifiable and may not be cost effective. In addition, most tax programs are easily measured using administrative objectives, but policy results are more difficult to quantify.*

Conclusion

3.44 The criterion has not been met. There is no requirement that tax expenditure programs have measurable objectives, and we found that measurable objectives are not clearly documented for the programs examined.

Monitoring and evaluating tax expenditure programs

3.45 Our third criterion was:

Tax expenditure programs should be properly monitored and evaluated.

3.46 In identifying the existing monitoring and evaluation processes we noted the following:

- There is no government definition of a tax expenditure program. It is necessary to define what is meant by the term, to ensure there is a clear understanding by administrators, legislators and taxpayers.
- The cost of the tax expenditure programs in terms of foregone revenue is not normally established. Knowledge of the ongoing costs of a program in terms of both its administration cost and its impact on tax revenue is an important factor in its monitoring and evaluation.
- There is an absence of documented government policies and procedures that address the management of tax expenditure programs, specifically in the areas of monitoring and evaluating.
- There is no central body within government or within the Department of Finance to ensure monitoring and evaluation procedures are properly performed for all tax expenditure programs. The Department of Finance stated that they monitor and evaluate tax

expenditure programs for which they are responsible, but they do not have a formal program in place.

Monitoring process

3.47 Receiving information on performance on a regular basis gives the opportunity to take action where performance has not met expectations. To reach a on whether programs are properly monitored, we asked a number of questions for each of the four programs that we tested.

Is it clear who has the responsibility to ensure beneficiaries qualify for the program?

3.48 We found that although there are no documented monitoring procedures, staff assigned to deliver the tax expenditure programs are taking steps to ensure that the beneficiaries of the program continue to qualify. For example, under the Labour Sponsored Venture Capital Program (LSVC) there are six individual LSVC funds. An individual within the Department of Finance has been assigned the responsibility to ensure that each of the funds continues to qualify under the program.

Is there a systematic review of whether progress has been made towards meeting measurable objectives?

3.49 We did not find any evidence of performance indicators being used or reports being produced to effectively monitor the programs we reviewed. It was not clear, in any of the four programs we reviewed, if anybody was responsible for monitoring the program for the purpose of comparing results against objectives.

3.50 For instance, under the Gasoline and Motive Fuel tax there are certain exemptions on both gasoline and motive fuel, for specified classes of consumers. The Department of Finance administers these exemptions and refunds. There are no reports being produced that measure the value of the exemptions to each exempted class of consumers (aquaculturists, farmers, fishermen, wood producers, vessel operators, etc).

Is there a process in place to estimate the foregone revenue and the administrative costs of the program and to compare these estimates to actual results?

3.51 In only one case of the four programs reviewed were yearly estimates made of the impact that these individual programs would have on the provincial tax revenue. The administration costs were projected or measured in only one of the four programs.

3.52 In all four cases the department responsible assured us that they were capable of determining the actual amount of foregone revenue for each tax expenditure program, however it is not routinely calculated. In no cases are projections of the costs of foregone revenue made for the year nor was a comparison made between actual and projected foregone revenues.

3.53 As an example, Service New Brunswick (SNB) is responsible to administer the assessment reduction program under the *Real Property Tax Act*. An individual employed with SNB carries out the responsibilities on a part time basis. The costs of administering the program are neither projected nor measured. The amount of the foregone revenues is not projected. The actual revenue foregone is not

calculated although sufficient information appears to be available to produce such information.

Evaluation process

3.54 One of the keys to the successful management of any program is the use of an appropriate evaluation process. The evaluation process should act as a means of ensuring that each tax expenditure program continues to perform at an acceptable level.

3.55 The Department of Finance confirmed that there is no documented evaluation process in place for any of the tax expenditure programs that they administer. They stated that an informal evaluation is performed on some of the tax expenditure programs for which they are responsible.

3.56 There are a number of important questions that should be asked in evaluating government programs, including tax expenditure programs.

- Is the program designed to serve an important public purpose?
- Is the program actually helping to achieve its goals?
- Are the benefits fairly distributed to those who need or deserve the assistance?
- Is the program well administered?
- Are there other programs in existence that would mean this particular program is not required?
- Is the level of service provided by the program satisfactory?
- Are there adequate documented sources of information available that the decision-makers can draw upon to complete an evaluation?
- Is there a clear process to renew the program?
- Why does the program continue to exist?
- Is program performance acceptable in view of the objectives?

3.57 The Department of Finance did not have a documented program evaluation process in place. As well there was no recent program evaluation performed for the four programs that we reviewed. As a result we did not attempt to obtain answers to these types of questions.

Recommendations

3.58 Government should clearly identify its criteria for defining tax expenditure programs.

3.59 Government should commit to a process of regularly monitoring and evaluating the tax expenditure programs.

Departmental response

3.60 *The Department acknowledges that establishing criteria for a tax expenditure definition is a necessary first step in order to determine which programs are true tax expenditure programs to ensure there is a clear understanding between administrators, decision-makers and the public. There is not a common definition across jurisdictions and it is important that Government determines what is important and significant to New Brunswick.*

3.61 *Various aspects of the tax system are reviewed on an ongoing basis, including tax concessions. These reviews are conducted with the objective of continued improvement to the fairness, transparency and efficiency of the tax system and to meet the priorities of government. The on-going monitoring and evaluation of all tax programs is an essential component of tax policy work. It would be inaccurate to assume that the monitoring and evaluation of tax expenditure programs is not done because there are no formal processes in place, or because the results are not made public.*

Conclusion

3.62 Since there are no formalized procedures to guide the monitoring and evaluation of tax expenditures, and there are no organized and consistent approaches being followed in this regard, this criterion was not met.

Reporting on effectiveness

3.63 Our fourth criterion was:

> *The effectiveness of the tax expenditure programs should be reported publicly.*

3.64 A requirement of a sound accountability process is the appropriate reporting of results in comparison with the planned targets or standards.

3.65 Government's policy on annual reports states:

> *To the degree possible, departments and agencies should give a clear account of goals, objectives and performance indicators. The report should show the extent to which a program continues to be relevant, how well the organization performed in achieving its plans and how well a program was accepted by its client groups.*

3.66 It is our view that tax expenditure programs should be subject to the same reporting requirements as other government programs.

3.67 Our review of the four tax expenditure programs found that there is no public reporting on the effectiveness of the programs. For example the Labour Sponsored Venture Capital tax credit was introduced in 1993 effective for the 1993 to 1997 taxation years. In

1998, the *Income Tax Act* was amended to allow for the extension of the program by regulation on an annual basis. The effectiveness of this program has not been publicly reported. The need for public reporting is particularly critical for tax expenditure programs because the full costs of such programs is not placed before the Legislative Assembly for approval on an annual basis, as is the case for direct expenditures. Nor are the results reported at the end of each year in the Public Accounts, as is the case for direct expenditures.

Tax expenditures reporting outside of New Brunswick

3.68 We reviewed practices followed by governments outside New Brunswick. We found that a number of other Canadian jurisdictions have implemented reporting on tax expenditure programs, although most restrict themselves to reporting estimates of the tax revenues foregone.

3.69 For example, British Columbia publishes estimates of tax expenditure programs. It is published with their budget documentation, and it is called a "Tax Expenditures" report. As well as defining tax expenditures and their role, the report estimates the cost of each tax expenditure program. The report also addresses the criteria that British Columbia uses to choose features of the tax system that should be reported as tax expenditures. The 2000 report stated: "the emphasis is on tax reductions, exemptions and refunds that are close equivalents to spending programs. ... By implication, the list does not include tax measures designed to meet broad tax policy objectives such as improving fairness in the tax system, or measures designed to simplify the administration of the tax."

3.70 The Government of Canada and the Province of Saskatchewan also publish documents which estimate the value of individual tax expenditures. In the United States thirty-seven of the fifty states publish tax expenditure budget reports.

3.71 Our research indicated that one of the most advanced jurisdictions for managing tax expenditures is the state of Oregon. They not only estimate tax expenditures, they also produce a report which evaluates individual tax expenditure programs.

3.72 The Oregon philosophy is to manage tax expenditures in a similar manner to direct expenditures "because they (tax expenditures) provide special benefits to favoured individuals or businesses, and thus result in higher tax rates for all individuals...". The state prepares a biennial report on tax expenditures that allows the public and policy makers to identify and analyze tax expenditures and to periodically make criteria-based decisions on whether the tax expenditures should be continued. The report allows tax expenditures to be debated in conjunction with direct expenditure budgets. The result is the elimination of inefficient and inappropriate tax expenditures and a greater accountability by government.

Recommendation

3.73 Government should report publicly on the effectiveness of tax expenditure programs. This reporting should be consistent with the Province's annual report policy, particularly with respect to addressing the programs' continuing relevancy and the achievement of planned performance.

Departmental response

3.74 *The Department agrees with the principle underlying this recommendation and feels that it may be appropriate for those tax expenditures that are most similar to direct expenditures. However, reviewing the effectiveness of all tax expenditure programs and reporting annually may not be cost effective. The provision of public estimates and analysis on an annual basis would require significant additional resources.*

Conclusion

3.75 The criterion was not met. The effectiveness of tax expenditure programs is not reported publicly.

Chapter 4
Department of Health and Wellness
Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units

Contents

Background 61
Scope 63
Results in brief 64
Accountability 65
Performance targets and standards 65
Accountability reporting information 72
Performance evaluation and corrective action 78

Department of Health and Wellness Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units

Background

4.1 According to the Canadian Mental Health Association (CMHA), studies indicate that approximately 20% of the general population has had some form of mental illness in the previous year and approximately 3% of the population is affected by serious mental illness causing profound suffering and persistent disablement. If we add family members, who carry a major burden of care, the figures of those impacted by mental illness in Canada would be multiplied two to three times.[1]

4.2 The CMHA goes on to say that the extent of mental illness can also be understood by the following data:

- one out of every eight Canadians can expect to be hospitalized for a mental illness at least once in their lifetime;
- mental illness is the second leading condition requiring hospital use among those aged 20 - 44; and
- in a recent study of general medical practice in Canada, psychiatric illness was found in one-quarter of patients.

4.3 The Mental Health Services Division (the Division) is one of five divisions within the Department of Health and Wellness (the Department). According to the Department, the Division's primary role is to provide central leadership and accountability for the effective,

1. Canadian Mental Health Association. Submission to the Commission on the Future of Health Care in Canada, 2001.

efficient, and equitable delivery of all formal mental health services in the Province.

4.4 The Division oversees the operation of 13 Community Mental Health Centres (CMHCs). It also administers psychiatric services agreements with eight Regional Health Authorities (RHAs) in seven regions covering eight psychiatric units, one child and adolescent unit, and two institutions - the Restigouche Hospital Centre in Campbellton and Centracare in Saint John.

4.5 The Division's budget for the 2002-03 fiscal year was $55.3 million. With this budget, the Division funds the operations of the CMHCs ($24.2 million) and, through psychiatric services agreements with the RHAs, the costs related to the clinical delivery of programs of the psychiatric hospitals and units ($26.5 million).

4.6 Data for fiscal year 2002-03 regarding the number of psychiatric beds, occupancy rates (%), and average length of stay in days (ALOS) at the psychiatric hospitals and units is as follows:

	Number of Beds	Occupancy[3]	ALOS
Adult Psychiatric Units (Regional Hospitals)	191[1]	81%[2]	15[2]
Centracare (Psychiatric Hospital)	50	97.7%	3,209
Restigouche Hospital Centre (Psychiatric Hospital)	150	93.5%	N/A[4]

Notes: [1] The number of beds that are approved is 191 but the actual number of beds being used is 169. The reduction in beds is due to RHA diversion strategies aimed at reducing the need for hospitalization, while keeping the funds within the mental health area. Examples include the diversion of funds into the Day Hospital Program and for the placement of additional nurses in the emergency room. Beds are closed only after approval has been obtained from the Division.

[2] Occupancy and ALOS are based on information available from six out of eight psychiatric units.

[3] Funding provided by the Division to both the psychiatric hospitals and units is based on a 90% occupancy rate. Less than 100% occupancy rates, as shown for the psychiatric hospitals, can be due to an accumulation of very short vacancies because any vacancy is filled as soon as the person at the top of the waiting list can be transported.

[4] No ALOS data was provided. The forensic unit performs 30-day court-ordered psychiatric assessments and the majority of other units have a combination of people who have been there for many years and others who have been there for shorter terms.

4.7 Over the past fifteen years, the mental health services sector in New Brunswick has undergone significant change. In 1988, a ten-year plan was proposed for a reformed mental health system. The plan was essentially completed in 1996, two years earlier than planned. New Brunswick is recognized across Canada for employing some best

practices in mental health reform. Among the key ingredients identified for success, according to the Clark Institute of Psychiatry, were the creation and management of an integrated funding envelope, regionalization, and adoption of a mental health policy committed to reallocating resources from institutions to the community.[1]

4.8 With growing control at the regional level and with more money being distributed to support regional operations, it becomes increasingly important to have central mechanisms in place to ensure the government is achieving its objectives. At the present time, many health services are under the management of the RHAs. Examples include addiction services, extramural hospital, mental health services provided by the psychiatric hospitals and units, and all health services offered by the hospitals in the RHA (cancer care, cardiac care, rehabilitation, etc.). As a reflection of this, the Department issued contributions, grants, and subsidies to hospitals totalling $826.1 million in 2001-02 representing approximately 59% of the entire Department of Health and Wellness expenditures for that year. The need for a strong accountability structure is extremely important.

4.9 Such a structure would allow the Department to maintain control over quality standards of care and consistency across regions. We decided to focus our audit on the accountability processes the Department has in place over the RHAs with regard to the performance of the psychiatric hospitals and units. We focused our efforts on the mental health sector due to both its importance to New Brunswickers and the significant amount of change that has occurred in this sector over the past fifteen years.

4.10 Although mental health is a relatively small component of the total contributions, grants, and subsidies issued to RHAs by the Department, we believe that the recommendations that result from this audit will be applicable to other decentralized accountability relationships in which the Department is involved.

Scope

4.11 The objective for our audit was as follows:

To assess whether the Department of Health and Wellness has appropriate accountability processes in place for the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units under the direction of the Regional Health Authorities.

4.12 We developed three criteria to assist us in conducting the audit. These were discussed with departmental staff and staff from the RHAs to ensure there was understanding and agreement. Our comments in the report are organized by the criteria and we conclude on whether the Department has met each of them.

1. Clark Institute of Psychiatry. Best Practices in Mental Health Reform Discussion Paper, 1997.

4.13 Our audit consisted of interviews with staff from the Mental Health Services Division and mental health staff at three of the seven regions. These regions are responsible for both of the psychiatric hospitals and three of the eight adult psychiatric units. All Mental Health Services Division Directors, with the exception of the Director of Child and Adolescent Services, were interviewed. We excluded the six-bed child and adolescent psychiatric unit from the scope of our audit as it only represents 3% of the total psychiatric unit beds. Other interviews included staff from the Department's Financial Services Branch, the Patient Advocate Services Co-ordinator, and the Director of Adults With Disabilities and Senior Services Branch within the Department of Family and Community Services. We conducted research and carried out documentation reviews. We also conducted audit testing (involving all seven regions) at the Mental Health Services Division. We used all information gathered to support our findings, conclusions, and recommendations that are presented in this chapter.

Results in brief

4.14 We found that the performance targets currently in place are insufficient to enable the Department to properly assess the performance of the psychiatric hospitals and units. We also found that the Department is not receiving sufficient accountability reporting information from the RHAs. We concluded that, given the current level of reporting, it is not possible to properly evaluate the performance of the psychiatric hospitals and units.

4.15 Our overall audit conclusion is that the Department of Health and Wellness does not have appropriate accountability processes in place for the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units under the direction of the Regional Health Authorities.

4.16 We commend the Department for the recognition New Brunswick has earned for employing some best practices in mental health reform. It has achieved this recognition while focusing more on process feedback and qualitative information than quantitative information. We feel the Division's data collection and reporting processes require improvement since both are important components of an effective accountability relationship.

4.17 We recognize the mental health system is an integrated system that includes services provided through the psychiatric hospitals and units as well as the community mental health centres. One component of the system can not be measured in isolation from the other components. Although the focus of our audit was on the psychiatric hospitals and units, the Department should consider all services within the mental health system when implementing our recommendations.

4.18 The *Regional Health Authorities Act* sets the stage for an effective accountability framework between the Department and the

RHAs. We recognize the legislation is fairly recent and acknowledge that steps to implement the provisions of the Act are underway. Grants issued to RHAs should be managed wisely and prudently by the Department to achieve value for money in the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units. Accountability elements that should be in place include: defined expectations that focus on measurable results, signed agreements that state RHA reporting requirements, and a commitment by the Department to monitor results and take corrective action in cases of RHA non-compliance with the agreements.

Accountability

4.19 Prior to discussing our detailed findings, it is important to highlight the term "accountability". The three audit criteria we have chosen are all components of an effective accountability relationship.

4.20 CCAF/FCVI Inc., a national non-profit organization with more than twenty years experience in researching public sector governance and accountability, provides the following guidance:

> *Accountability is the obligation to render an account for a responsibility conferred. … Accountability involves an obligation to explain or justify specific actions.*[1]

4.21 The essential components of an effective accountability relationship are as follows:

- define and agree on roles and expectations;
- choose performance measures;
- report on results; and
- evaluate results and take corrective action where necessary.

4.22 We will be addressing the first two components under our first criterion and the others under our second and third criteria respectively.

Performance targets and standards

4.23 Our first criterion was:

> *The Department of Health and Wellness should have performance targets and standards in place for the psychiatric hospitals and psychiatric units.*

4.24 Responsibility for the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units rests with the RHAs. The Mental Health Services Division funds the costs related to the clinical delivery of programs such as the observation, examination, assessment, care, treatment, rehabilitation, and maintenance of persons suffering from mental disorders. During the 2001-02 fiscal year, the Division issued $26.6

1. CCAF/FCVI Inc. Accountability, Performance Reporting, Comprehensive Audit – An Integrated Perspective, 1996.

million of its total mental health budget to the RHAs for clinical costs. The mental health budget is "protected", meaning that RHAs can only use the funding for mental health expenditures. The Division does not fund physical plant expenditures such as infrastructure and utilities nor does it fund support costs. These expenditures are funded by the Hospital Services Branch within the Institutional Services Division of the Department.

4.25 Given the amount of funding the Department provides the RHAs, and the direct effect it has on the wellbeing of the people of the Province, it is reasonable to expect the RHAs to be able to demonstrate their accountability in a clear and organized manner.

Performance expectations and performance measures

Defining and agreeing on roles and expectations

4.26 A first and necessary step to an effective accountability relationship is to define the roles of the parties involved, that is, what each of their respective responsibilities will be and how the relationship is to be managed. It is important to have agreement among the parties regarding expected results. They should be clear, understandable, and realistic. This enhances the commitment of the parties to the relationship and allows for parties to be held properly accountable.

4.27 The importance of realistic expectations to an effective accountability relationship should be highlighted. Without a reasonable balance between expectations and available resources, the effectiveness of the relationship is undermined. Expectations that are perceived as unreasonable or unachievable with available resources and capacity will not be taken seriously. On the other hand, meeting expectations with resources that are more than sufficient would not earn much credit; meeting expectations should require some effort.

4.28 References in the remainder of this criterion are made to McEwan and Goldner's 2001 study entitled, "Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports - A Resource Kit" that was commissioned by the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health. The purpose of the study was to develop a resource kit of performance indicators for provinces and territories to facilitate ongoing accountability and evaluation of mental health services and supports. Members of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health played a key role in directing the project to ensure its relevance to governments, regional health authorities, and mental health program managers concerned with performance monitoring. All provinces and territories were involved in the study.

4.29 Performance expectations can take the form of targets and standards. McEwan and Goldner define targets as commitments made in advance to achieve a stated level of performance. They went on to say that target setting should be based on past performance information, consider comparative performance data from international or national

jurisdictions, reflect the input of stakeholders, and challenge the organization to strive for higher quality.

4.30 A standard is a basis for comparison or a reference point against which performance can be evaluated. Benchmarks can be used as standards. McEwan and Goldner pointed out that the concept of benchmarking involves identifying best practice or best performance in a certain area and using this as a standard for comparing local performance.

Choosing performance measures

4.31 Once expectations have been set and agreed upon by all parties, the parties should then choose and agree upon performance measures. Actual performance is evaluated against performance expectations to determine if performance achieved is satisfactory.

4.32 Performance indicators are a type of performance measure. McEwan and Goldner state that performance indicators are markers or measures which convey quantifiable information about progress toward goals and objectives. They go on to say that, ideally, indicators should be compared to performance targets or benchmarks.

4.33 McEwan and Goldner found that performance monitoring efforts in most jurisdictions tend to focus on inputs and processes as opposed to outcomes when measuring and reporting on activities. They went on to say that the primary input reported and used at the political level is that of spending or what the spending purchases in terms of beds. They feel that more dollars does not necessarily produce more or better services and that analyzing spending alone does not give an indication of the volume or quality of services delivered or about outcomes achieved.

4.34 McEwan and Goldner define indicators as input, process, or outcome-based:

> *Input*
>
> *Resources put into mental health care and thereby relate to the structural or organizational characteristics of a system or setting. Inputs are often expressed in terms of financial resources or numbers and types of personnel, facilities, etc.*
>
> *Process*
>
> *Key activities of a service or system in the provision of care to persons with mental illness. Commonly reported process measures are service contacts, in terms of numbers of clients, client visits, admissions, etc.*
>
> *Outcome*
>
> *Considered by many to be the most important indicator category yet it is also the most complex and challenging to measure. Outcomes reflect the total contributions of all those*

who fund, plan, and provide service as well as those of clients and their families.

4.35 McEwan and Goldner feel that, ideally, a clear policy logic should link inputs, processes, and outcomes and that reporting on indicators within only one category is one-sided and can be misleading. Examples of mental health outcome-based indicators (taken from McEwan and Goldner's resource kit) for those persons served by the Province's mental health programs include:

- consumer/family satisfaction - satisfaction with level of services received;
- quality of life - sense of overall fulfilment, purpose, overall satisfaction with life;
- functional status - managing money, managing personal hygiene and appearance, utilizing skills such as grocery store and public transportation, maintaining a home environment;
- employment status - engaging in meaningful daytime activities such as volunteer activity, maintaining a job;
- housing status - living in satisfactory independent or supported housing;
- financial status – earning adequate income, receiving disability benefits; and
- clinical status - relief of clinical symptoms, associated distress, and degree of interference in daily life.

4.36 Measuring and reporting on outcome-based indicators will give a greater sense as to whether the services delivered met the needs of the mentally ill.

Audit findings – Performance targets and standards

4.37 The performance standards the Department has in place for the psychiatric hospitals and units include accreditation standards and provincial standards of care. The only performance target in place is a financial budget comparison. There are no outcome-based performance targets by which the Department measures performance. The new *Regional Health Authorities Act* provides the authority for the Department to establish an outcome-based performance measurement system but there is still work to be done before it is complete.

Accreditation standards and provincial standards

4.38 The RHAs are responsible for implementing the standards of care in accordance with both the Canadian Council of Health Services Accreditation Standards and the provincial standards of care.

4.39 Although it is not mandatory, all RHAs (previously Regional Hospital Corporations) in the Province are accredited every three years. The accreditation process includes a separate mental health component. According to the Canadian Council of Health Services Accreditation Standards, "The Mental Health standards allow an organization to assess and evaluate its activities in the areas of anticipating, planning, providing, and evaluating service to a population accessing mental health services in an institutional or clinic setting." The standards are divided into nine sections that include: being a learning organization, achieving wellness, being responsive, addressing needs, empowering the clients, setting goals, delivering services, achieving positive outcomes, and maintaining continuity. The accreditation standards include standards that are outcome-based (i.e. client satisfaction, number of complaints, and whether clients achieve their set goals and expected results).

4.40 As part of the accreditation process, a team within each RHA with mental health responsibilities performs a self-assessment against the mental health standards. An independent team comprised of qualified individuals from across Canada also assesses the RHA against the same standards with information they obtain through interviews, meetings, and documentation reviews. Recommendations are made as a result so that improvements can be made.

4.41 The accreditation results are not submitted to the Division unless a request is made. Although the Division places considerable reliance on the accreditation process, it does not review the results of this process to ensure positive outcomes are being achieved in all standards by all regions.

4.42 The provincial standards for psychiatric hospitals and units can be found in Chapter XII of the Standards for Hospitals in New Brunswick, entitled Standards for Psychiatric Services in Hospitals (1998). The document states that the purpose of the provincial standards "is to advise on standards for hospitals that will promote quality care for the people of the Province." The provincial standards have been developed as guidelines and are felt to be complementary to the accreditation standards. The Department does not have any formal means of verifying if the RHAs are in compliance with the provincial standards and whether desired outcomes (i.e. quality of life and functional status) have been achieved; instead it relies on the accreditation process, qualitative information, and open communication with the RHAs.

Annual budget

4.43 The financial target in place for the psychiatric hospitals and units is the annual budget. The Division compares budgets to actual results on a quarterly basis. A budget is an input-based target which, when taken by itself, does not give an indication of the volume or quality of services delivered.

Authority for establishing performance targets and standards

4.44 The *Regional Health Authorities Act*, which became effective on 1 April 2002, includes provisions that establish an accountability structure between the Department and the RHAs. The Minister's authority for establishing performance targets and standards is also reflected in the Act.

4.45 Section 7(1) of the Act states that the Minister shall establish an accountability framework that describes the roles of the Minister and other government ministers and the Regional Health Authorities and that specifies the responsibilities each has towards the other within the provincial health system.

4.46 Section 9 of the Act gives the Minister the authority to establish performance targets for Regional Health Authorities. It states:

> *The Minister may establish performance targets for a regional health authority with respect to:*
>
> *a) its development as an organization,*
>
> *b) its financial management,*
>
> *c) ensuring access to the health services provided by the regional health authority,*
>
> *d) achieving satisfactory patient outcomes,*
>
> *e) the level of patient satisfaction with the services provided by the regional health authority, and*
>
> *f) any other matter prescribed by regulation.*

4.47 We were pleased to see the provisions noted in d) and e) above. These provisions could assist the Department in assessing whether the needs of the mentally ill are being met. According to McEwan and Goldner, health and non-health client outcomes relevant to the care of persons with serious mental illness are encompassed by the concept of quality of life. They state that consumers see quality of life as the ability to achieve what many others take for granted including housing, social support, meaningful activities, and an adequate standard of living. They further state that satisfaction is an indication of the extent to which services and supports meet the needs of consumers and families, and is considered a key dimension of service quality.

4.48 This new legislation gives the Department the authority to establish an outcome-based performance measurement system for the RHAs. The Act has been in effect for just over a year now. We were informed that the provincial health plan, regional health and business plans, and the accountability framework, as required by the Act, are not yet in place. The regional health and business plans and the

accountability framework flow from the provincial health plan, which is currently in draft form.

Recommendation

4.49 We recommended the Department develop performance targets, with a focus on outcomes, against which it can evaluate the activities of all psychiatric hospitals and all psychiatric units.

Examples of the benefits of performance targets

4.50 Two situations were brought to our attention that could have been prominently identified for appropriate action by using performance targets.

Shortage of community housing

4.51 During our audit work we found there is an urgent need for appropriate community housing for the mentally ill population of New Brunswick. There are patients in psychiatric unit beds that have been medically discharged and there are patients in psychiatric hospitals who have completed their rehabilitation programs. According to the Chiefs of Psychiatry representing all the health regions in New Brunswick, these patients should all be moved into the community but there are few, if any, community placements available. Housing these individuals in hospital beds limits access by others who need these programs and services. We learned that this has been a problem for approximately two years.

4.52 As of December 2002, there were forty patients in psychiatric hospitals awaiting community placement and ten patients in psychiatric units awaiting community placement. Twenty per cent of psychiatric hospital beds were being occupied by patients who should be placed in the community. We were told by the Department that the average length of stay at the active rehabilitation unit at Centracare should be approximately six to eighteen months but it is often as long as five years as a result of the housing problem.

4.53 While a patient is in the care of a psychiatric hospital or unit, the responsibility for the patient lies with the RHA. While the patient is in the care of a community mental health centre (CMHC), responsibility for the patient lies with the Division. Once the patient is placed in a community residence, the responsibility for the patient lies with the Department of Family and Community Services.

4.54 The Department of Health and Wellness is fully aware of the shortage of community housing as the Division is regularly in contact with the RHAs regarding their mental health issues and problems.

4.55 Having appropriate performance targets in place and having a public reporting of results may have highlighted the need for resolving this issue. An example of a target might be to have patients, on average, released within a specified number of days. If patients are remaining in hospital for a period extending beyond the targeted number of days, it could be an indication of a problem such as limited community placements. Having performance targets and reporting on them could

bring issues such as this to light. Such types of reporting could also help to highlight and resolve problems associated with programs that cross departmental lines.

Patient advocate services

4.56 A review of utilization statistics in the Patient Advocate Services Annual Report for 2001-02 shows that two regions have a high number of patient advocate cases compared to other regions of comparable size in the Province. The role of the patient advocate is to inform those patients being treated on an involuntary basis of their rights, to represent them at Tribunal or Review Board hearings, and to ensure that the *Mental Health Act* is appropriately applied. Region 1 (Moncton) had 400 cases and region 6 (Bathurst) had 299 cases while there were only 139 cases in region 2 (Saint John) and 129 cases in region 3 (Fredericton). The annual report noted that these numbers merit more attention and further analysis by the Department. This observation was also documented in the previous year's annual report but a response to the issue has not been issued.

4.57 A performance system that incorporates the use of targets would bring forward such information in a reliable manner and would highlight items for necessary action. The number of cases per region should be calculated on a per capita basis to enable comparison among regions as well as to a provincial target.

Conclusion

4.58 This criterion was partially met. One target was noted, the financial budget comparison, however, it does not provide information on outcome-based results. Standards for performance exist in the form of provincial standards of care, and accreditation standards. Although the provincial standards of care and accreditation standards impact directly on client care, the Department does not have a review process in place to ensure planned outcomes have been achieved in all regions. The new *Regional Health Authorities Act* provides the authority for the Department to establish an outcome-based performance measurement system but there is still work to be done before it is complete. The one target currently in place is not sufficient to enable the Department to properly assess the performance of the psychiatric hospitals and units.

Accountability reporting information

4.59 Our second criterion was:

The Department of Health and Wellness should receive sufficient accountability reporting information from the Regional Health Authorities to allow it to evaluate the performance of the psychiatric hospitals and psychiatric units.

Reporting of results

4.60 Reporting of results is the third step of an effective accountability relationship. All parties in accountability relationships need to understand what information is to be reported by whom, to whom, and when. In this case, the two main relationships are between the Department and the RHAs and between the RHAs and the psychiatric hospitals and units.

4.61 The RHAs should report in a manner that allows actual results to be compared to agreed upon expectations which would enable the Department to determine if performance achieved was satisfactory. Measuring and reporting on outcome indicators, such as those listed previously, would give the Department some insight as to whether the needs of the mentally ill are being met. Explaining shortcomings in performance and the reasons behind them would also be helpful to the Department.

Accountability reporting requirements currently in place

4.62 During our audit, we learned that provincial standards exist for the quality improvement, risk management, and utilization management activities of hospitals that perform psychiatric services. There is also a standard that requires a reporting system for these activities that involves the submission of reports to appropriate government divisions, sections, or departments.

4.63 We were very pleased to note the existence of these standards, particularly the standard which deals with the monitoring and evaluation of the quality and outcomes of psychiatric care and services and the standard which deals with the related reporting requirements. We were surprised to note, however, that the Department does not enforce the reporting requirements of the provincial standards of care.

4.64 During our audit, we found an abundance of performance information being generated at the regional level that is not being submitted to the Department. This includes performance indicators, quality improvement reports, quarterly reports to the Board, accreditation results, and annual mental health reports. The Boards of Directors of the RHAs utilize this information in the performance review process. The RHAs have not been asked to submit the performance information to the Division but some are doing so without being requested.

4.65 The Department has psychiatric services agreements with the RHAs that stipulate accountability reporting requirements. Among them is the requirement that RHAs are to implement the standards of care in accordance with the provincial standards.

Recommendation

4.66 We recommended the Department ensure the reporting requirements of the psychiatric services agreements are followed so that it receives appropriate reporting on the quality and outcomes of psychiatric care and services as set out in the provincial standards of care.

4.67 In addition to the requirement that RHAs implement the standards of care in accordance with the provincial standards, the agreements contain four other accountability reporting requirements. Compliance with these requirements is not enforced and the requirements are not sufficient to allow performance measurement.

Although the four other reporting requirements are not what we expected to see in terms of good accountability, we will address them in detail and provide some recommendations for improvement. The requirements are as follows:

- Regional health authorities must submit monthly financial statements and statistical information to the Mental Health Services Division no later than thirty calendar days from the end of the reported month. The reporting of financial and statistical information must identify only costs related to the clinical delivery of programs funded by the Division.
- Quarterly utilization reports must be submitted to the Division.
- Upon completion, reports on Suicide Internal Review must be forwarded to the Assistant Deputy Minister of the Mental Health Services Division.
- Reporting requirements in the budget letter from the Minister of Health and Wellness are to be followed (each year a new budget letter is prepared). The Minister's budget letter includes the following reporting requirements:

  a) Financial statements and statistics must be submitted no later than thirty calendar days from the end of the reported month to Hospital Services.

  b) There must be quarterly electronic submissions of financial and statistical data through HFUMS (Hospital Financial Utilization Management System) thirty days after the close of the quarter being reported.

RHA compliance with current reporting requirements

Financial statements

4.68 Only four RHAs out of eight have been submitting their psychiatric hospital and psychiatric unit financial statements to the Division during 2002-03. Three of the four submit their statements quarterly while one submits them monthly. Most statements are received more than thirty days after the quarter end. The result is that only one RHA out of eight is complying with the monthly reporting requirement.

4.69 One RHA that does not submit financial statements to the Division surprised the Division in February 2003 with a large deficit. A call that was made to the RHA the previous month did not identify this looming deficit. This shows the danger of RHAs not supplying financial information as required.

Recommendation

4.70 We recommended the Department ensure financial statements are submitted by the RHAs to the Division in accordance with the frequency and timing set out in the psychiatric services agreement.

4.71 We also found that the financial statements show costs related to the clinical delivery of programs as required, but they do not adhere to a common format. Of the four RHAs that regularly submit financial statements to the Division, three RHAs break the costs down by type and one RHA reports only total costs. This makes comparability of financial statements difficult.

Recommendation

4.72 To enhance comparability, we recommended the Department devise a common format for RHAs to follow for the financial statements submitted to the Division.

4.73 RHAs also electronically submit financial and statistical information to the Department on a quarterly basis to be uploaded to the Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS). A database within the HFUMS contains financial and statistical information on the RHAs. Some RHAs feel the Division should access the HFUMS as it contains detailed financial and statistical information for the RHAs. However, no one in the Division is registered to access the HFUMS.

4.74 If the Department produced reports directly from the HFUMS, this could have the potential of eliminating the inefficiencies, inconvenience, and duplication involved with RHAs submitting multiple copies of manual financial statements in different formats to different branches of the Department. Financial statement users in the Department could have access to current and complete financial information and it would minimize the likelihood of unexpected developments.

Recommendation

4.75 We recommended the Department investigate the possibility of updating the HFUMS on a monthly basis and using it as the source of the required monthly financial statements from the RHAs.

Utilization reports and statistics

4.76 Utilization reports for the psychiatric units are manual forms that the RHAs must submit quarterly to the Division presenting such information as admissions, separations, occupancy rates, average length of stay, number of patients, total inpatient days and re-admissions. A common form has been designed by the Division for this purpose. There are no targets or standards incorporated into these forms for comparison purposes. Senior management told us that these reports do not provide much information by themselves. They provide information on outputs or processes as opposed to outcomes.

4.77 While six out of eight psychiatric units submitted their utilization reports quarterly during 2001-02, only four out of eight have been doing so during 2002-03. Three of these psychiatric units submit their reports on time. Staff at one of the psychiatric units, that does not submit utilization reports, told us they had not been asked to submit them since the summer of 2002. The reason given for not submitting them was that the Division's format did not coincide with the psychiatric unit's format.

Another psychiatric unit said they have been submitting their reports but the Division has no record of having received them.

4.78 Utilization reports for the psychiatric hospitals are also manual forms. We noted that these forms indicate that utilization reports are to be submitted monthly while the psychiatric services agreement states that they are to be submitted quarterly. The reports present such information as use of beds by unit, admissions, re-admissions, deaths and discharges. As is the case with the reporting for psychiatric units, a common form has been designed for this purpose that does not incorporate targets or standards for comparison purposes.

4.79 Both psychiatric hospitals have been very diligent in submitting their utilization reports to the Division on a monthly basis and on time, although this was not the case for one of the hospitals prior to February 2002.

Recommendation

4.80 We recommended the Department ensure utilization and statistical reports are submitted by the RHAs in accordance with the requirements of the psychiatric services agreement.

4.81 Although the HFUMS contains mental health statistics, we were informed that the Division does not access these statistics and it is unaware of the full statistical capabilities of the HFUMS. It would be important to know whether the HFUMS contains all the desired mental health statistics as required by the Division and Hospital Services.

4.82 This could eliminate the inefficiencies and duplication involved in having RHAs prepare and submit manual utilization and statistical reports to more than one branch of the Department. This could also eliminate the inefficiencies involved with Division staff entering the information from the manual reports into their system.

Recommendation

4.83 To eliminate the need for regional submission of manual utilization and statistical reports to the Department, we recommended the Department determine if the HFUMS contains the mental health statistics that would meet the statistical reporting needs of both the Mental Health Services Division and Hospital Services.

Suicide Internal Review Reports

4.84 The psychiatric services agreement states that Suicide Internal Review reports are to be forwarded to the Assistant Deputy Minister of the Mental Health Services Division upon completion.

4.85 We were informed that the only Suicide Internal Review reports forwarded to the Department are those prepared at the CMHCs. When a suicide occurs within a psychiatric hospital or unit, the unit manager informs the Department by phone and the RHA performs a review. We were told that if the Department wants to receive copies of Suicide Internal Review reports, the RHAs must comply with the request. Due

to the personal and confidential nature of these reports, they are not kept by the Department. Copies sent to the Department are destroyed once the Department is finished with them. Of the three regions visited during our audit, only one had any suicides in the past six years.

Recommendation

4.86 We recommended the Department ensure that the process for communicating Suicide Internal Review reports from the RHAs to the Division is conducted in accordance with the psychiatric services agreement.

Other accountability reporting issues

Sufficiency of current accountability reporting requirements

4.87 Funding should be linked to performance. The RHAs should be expected to demonstrate how their actual performance compared to what was expected. They have a duty to report both the financial and non-financial results they have achieved in relation to the authority they have been granted and the public funds entrusted to them.

4.88 As noted previously, the accountability reporting by the RHAs to the Department is not sufficient to allow performance measurement. We feel the Department should be receiving better accountability reporting information from the RHAs. Examples of sufficient information might include reporting actual performance compared to pre-established targets and standards (this would include the measurement of performance indicators) as well as reporting on the quality improvement, risk management, and utilization management activities as noted in the provincial standards of care. The psychiatric services agreement could be a useful tool in establishing mutually agreed and understood expectations as well as setting out and clarifying the accountability reporting requirements.

Recommendations

4.89 We recommended the Department improve the accountability reporting requirements of the RHAs to enable it to properly evaluate the performance of the psychiatric hospitals and units.

4.90 We recommended the Department consider using the psychiatric services agreement as a means of identifying and enforcing improved accountability reporting requirements.

Agreement on performance expectations

4.91 The *General Regulation – Mental Health Act*, states that "The administrator of a psychiatric facility shall furnish such returns, reports and information to the Department as the Minister considers necessary." Legislation requires RHAs to abide by the reporting requirements of the Minister.

4.92 Signing of the psychiatric services agreement is the step that links the legislative requirements to the RHAs. The psychiatric services agreement is only signed by the Division. It is important to have mutual agreement on the expectations of all parties. Having RHAs also sign the agreement is a sound business practice.

Recommendation

4.93 We recommended that each psychiatric services agreement be signed by both the Division and the RHA to ensure mutual agreement and understanding of expectations.

Conclusion

4.94 This criterion was not met. The accountability reporting requirements the Department has in place for the RHAs are not sufficient to allow the Department to properly evaluate the performance of the psychiatric hospitals and units. The only reporting required pertains to the submission of financial statements and utilization reports. Reports of financial performance and operational performance are not routinely linked and the depth of information required to make such a comparison is not currently available. RHAs are not expected to demonstrate how actual performance compared to expectations with the exception of the budget to actual comparison.

Performance evaluation and corrective action

4.95 Our third criterion was:

The Department of Health and Wellness should evaluate the performance of the psychiatric hospitals and psychiatric units and take corrective action where necessary.

Evaluating results and taking corrective action

4.96 Evaluating results and taking corrective action is the fourth step of an effective accountability relationship. Effective accountability not only involves reporting of performance but also evaluating the performance and taking appropriate corrective action where necessary.

4.97 Evaluating performance involves comparing actual performance with agreed upon expectations. The use of performance indicators allows the comparison of results with targets, standards, or benchmarks. Both achievements and failures should be recognized and feedback on performance should be provided to the individuals responsible for that performance. Performance evaluation is an integral part of the accountability process as it provides an ongoing means of determining whether satisfactory performance levels have been achieved.

4.98 Corrective action is the process of addressing and rectifying unsatisfactory performance. It could involve such initiatives as modifying unrealistic or simplistic performance expectations, making appropriate program adjustments, and setting appropriate consequences for those responsible for performance (whether they are rewards based or penalty based). To properly hold those responsible to account, effective reporting, evaluation, and adjustment must be occurring.

The Department's evaluation process

4.99 According to the Department, the responsibilities of the Division (with respect to the performance of the CMHCs, psychiatric hospitals and units) include:

- defining priorities for service development and implementation in accordance with the provincial mental health policy;

- defining and ensuring implementation of core programs and service standards;
- defining and monitoring expected outcomes for all levels of service;
- ensuring the full implementation of the requirements of the *Mental Health Act* and the *Mental Health Services Act*;
- allocating financial and human resources and monitoring their use; and
- directly managing the Community Mental Health Centres and ensuring the effective fulfilment of psychiatric services agreements with RHAs for in-patient services (psychiatric units and hospitals).

4.100 Despite the fact that these responsibilities have been assigned, the Department does not have a formal evaluation process for the performance of the psychiatric hospitals and units. As noted earlier, the Department is not receiving sufficient accountability reporting information on the performance of the psychiatric hospitals and psychiatric units. As a result, it is not possible to properly evaluate performance. In this section, we identify the Department's current management and performance evaluation processes for the psychiatric hospitals and units and the tools used for performance evaluation.

Current management processes

4.101 The mental health system in New Brunswick is well known across Canada for employing some best practices in mental health reform. It earned this recognition while employing the same or a similar management style that is in existence today. As part of the reform process, the Division relied heavily on qualitative information as opposed to quantitative information. Although the Division recognizes that both are important, it has focused more on processes and has been less aggressive with data collection and reporting.

4.102 Generally, the RHAs monitor themselves and inform the Division of issues, challenges, and pressures they are facing with respect to the psychiatric hospitals and units. The Division is in regular contact with the RHAs via telephone, email, and face-to-face meetings. The Division considers itself to be a source of support for the RHAs on a continuous basis.

4.103 The Division holds regular meetings with regional staff regarding the performance of the psychiatric hospitals and units. Problems are often shared and addressed at these meetings.

4.104 All RHAs are required to have a Management Liaison Committee with representation from psychiatric services of the RHA as well as the CMHCs. These committees operate separately from the Department. Committees meet on a periodic basis to ensure effective co-ordination among mental health programs, to jointly identify strategies

to intervene with specific target groups, and to monitor overall service utilization and outcomes. These committees, by working together, resolve regional mental health issues and/or pressures. Committees are in regular contact with the Department to keep them abreast of any pressures, challenges, or opportunities they are facing. The Management Liaison Committee is a collaborative management structure that helps to ensure the continuous care of the individual.

Performance indicators

Provincial performance indicators

4.105 During our audit work, we noted that a draft document has been prepared by the Department in an effort to identify key performance indicators for mental health. The document, entitled "MHS Performance Indicator Working Group Working Document", was updated as recently as 16 November 2001 but the indicators have yet to be adopted. The document identifies seventeen possible indicators and discusses potential means of measurement. The seventeen indicators cover the entire mental health system which includes the CMHCs, the psychiatric hospitals, and the psychiatric units; however, many of the indicators are directed at the CMHCs. The document includes four input indicators, seven process indicators, and six outcome indicators.

4.106 The Department has not developed targets or standards with which to compare the indicators. The logical flow of steps in the accountability process is to first define and agree on roles and performance expectations (which includes performance targets and standards) and then to choose performance measures (which includes performance indicators). It is premature to choose performance measures before performance expectations are known.

Recommendations

4.107 We recommended the Department adopt a common set of mental health indicators that cover the performance of all operational sectors of mental health.

4.108 We recommended that the indicators have a clear linkage with organizational goals and pre-established targets and standards.

Data collection for provincial performance indicators

4.109 We were informed the performance indicator working document remains in draft form due to data collection restraints. While information for some indicators is available now, a management information system is required to enable the Department to obtain information on others. For example, information is needed for resources used versus outputs attained for the CMHCs. A feasibility study was recently conducted and feedback will be brought before the Department's Management Committee in the near future.

4.110 Hospitals have their own information systems that enable them to measure their own indicators. As noted previously, the hospitals electronically submit financial and statistical information to the Department. We learned that the Division is aware of the financial data that is available in the system but not what statistics are available. A

properly designed information system that includes data required for appropriate performance measures is essential for the Department.

Recommendation

4.111 We recommended the Department implement systems that are capable of generating information to support the measurement of mental health performance indicators.

RHA performance indicators

4.112 RHAs are required to have performance indicators as noted under the provincial standards; it is not an option. The Canadian Council of Health Services Accreditation Standards requires that indicators be selected to monitor the goals, objectives, and desired results or outcomes of the mental health program within the RHA.

4.113 Performance indicators are currently used by the RHAs. These indicators have been developed independently by the RHAs and each carries out its own measurement procedures. The indicators being measured are not consistent from region to region. All three regions visited compare their performance indicators to expectations. While the total number of indicators varied from region to region, we noted that several of them are outcome-based indicators. Because the indicators vary from region to region, a composite benefit of the information generated by the individual processes cannot be realized at the provincial level.

4.114 The Department could look to the RHAs for examples of performance indicators currently in use for the psychiatric hospitals and psychiatric units (e.g. consumer/family satisfaction with the program which could be calculated in terms of total individuals satisfied as a percentage of total individuals surveyed).

Psychiatric Services Agreement

4.115 The Department's primary tool for ensuring the flow of information, which facilitates evaluating the performance of the psychiatric hospitals and units, is the psychiatric services agreement. However, as noted earlier, many requirements of the agreement are not enforced.

Financial Statements and Utilization Reports

4.116 We noted earlier that the Department's primary requirement is that RHAs submit their financial statements and utilization reports to the Division quarterly. If attempts to obtain this information are unsuccessful, the Division formulates its projections using the information that is available.

4.117 Financial statements are reviewed by the Division on a quarterly basis to determine how actual financial performance of the psychiatric hospitals and units is faring compared to budget, particularly with regard to the overall surplus or deficit. The Financial Services Branch uses these financial statements to accrue regional surpluses and deficits and to highlight items for the Division to follow up on.

4.118 Utilization reports present statistical information on the psychiatric hospitals and units. They are reviewed quarterly, primarily for diagnostics and occupancy rates.

4.119 It is a fragmented approach to examine financial information without also examining operational information. Because a RHA is under budget or over budget, does not mean its performance is satisfactory. It could be over budget and provide excellent service or it could be under budget and provide poor service. There are similar concerns in only using utilization information. For example, the average length of stay may be short but it could be the result of discharging patients before they are ready, resulting in compromised quality of care and possibly re-admissions. The Division will not be able to properly evaluate the performance of the psychiatric hospitals and units using this information in isolation.

Recommendation

4.120 We recommended the Department incorporate both financial and operational performance information into the performance evaluation process of the psychiatric hospitals and units.

Accreditation process

4.121 The Department relies on the accreditation process as a means of ensuring quality standards of care. Although considerable reliance is placed on the accreditation process, we were surprised to learn that accreditation results are not submitted to the Division unless requested. The Division does not review the results of the accreditation process to ensure positive outcomes are being achieved in all standards by all regions nor does it compare the accreditation results by region or report on the results of the accreditation process on a province-wide basis.

Recommendations

4.122 We recommended the Department require all RHAs to submit their mental health program accreditation results to the Division.

4.123 We recommended the Division utilize the mental health program accreditation results as a tool in evaluating the performance of the psychiatric hospitals and units.

Provincial standards

4.124 The Department relies on the RHAs to "monitor themselves" regarding the provincial standards of care. If the requirements of the provincial standards of care were actually enforced, the RHAs would be submitting the necessary performance information to the Department for the performance evaluation process.

Recommendation

4.125 In evaluating the performance of the psychiatric hospitals and units, we recommended the Department utilize the performance information identified as a requirement in the provincial standards of care.

The Department's approach to corrective action

4.126 If the Department learns the performance of a psychiatric hospital or unit is unsatisfactory, it will meet with the RHA to address the problem or discuss it over the telephone. Often, the discussions are financial in nature, for example, if the RHA has a large deficit. Since the Division has not established expectations for performance, with the exception of the budget, RHAs are not held accountable for falling short of non-financial expectations (e.g. unacceptable re-admission rates, unusual average length of stay, number of complaints, and consumer satisfaction rates).

Recommendation

4.127 Once performance targets and standards have been established for the RHAs, we recommended the Department take corrective action where actual performance falls short of expectations.

Reporting of results of performance evaluation process

Departmental annual report

4.128 The Department measures and reports publicly on ten performance indicators in its annual report but only one relates to the psychiatric hospitals and units. This indicator shows the number of patient days of hospitalization for all psychiatric hospitals and units combined, with a year-by-year comparison and a target. This same indicator also presents information on the number of referrals to community mental health centres (CMHCs). The Department's interest in this indicator results from the shift to community services. It is expected that patient days of hospitalization in psychiatric hospitals and units would decrease, and that more demand would be put on CMHCs to provide alternative service.

4.129 This indicator is a process indicator as opposed to an outcome indicator; it gives no indication as to whether the needs of the seriously mentally ill are being met or whether quality service is being provided. Also, by reporting all psychiatric hospitals and units combined, it is impossible to highlight regional problems.

Recommendation

4.130 We recommended the Department report comprehensive performance indicators for psychiatric hospitals and psychiatric units in its annual report.

Patient Advocate Services annual report

4.131 Patient Advocate Services prepares its own annual report that presents several statistics such as the number of patient advocate cases, number of admissions, and number of tribunal/review board hearings by region. From this, we were able to identify, for example, that two regions are using the services of the patient advocate much more than other regions of similar size. By reporting performance information by region, this annual report is a useful source of information to the Department which could be used in assessing performance and highlighting problems.

Recommendation

4.132 We recommended the Department utilize the Patient Advocate Services annual report as a source of performance

information in evaluating the performance of the psychiatric hospitals and units.

RHA annual reports

4.133 According to the *Regional Health Authority Act*, RHAs are required, in their regional health authority annual reports, to report on their performance in relation to the performance targets set by the Minister. Performance targets referenced under the Act have not yet been implemented for Hospital Services or Mental Health Services. We examined all current RHA annual reports and noted that they present very little if any information on mental health performance and mental health performance targets are not used.

Recommendation

4.134 Once the Minister establishes and implements RHA performance targets, we recommended the Department ensure the RHAs report on their performance in relation to these performance targets in their annual reports.

Conclusion

4.135 This criterion was partially met. The Department is not receiving sufficient accountability reporting information on the performance of the psychiatric hospitals and psychiatric units. As a result, it is not possible to properly evaluate performance.

4.136 With the existence of the draft mental health performance indicators document, the potential exists for an improved performance evaluation system. We also noted the existence of several good performance reporting and evaluation processes within the regions.

Departmental response

4.137 The Department provided the following response to our report:

Thank you for the Audit Report on the Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units. I found the report to be accurate and we are in general agreement with your recommendations. As a result of the extensive background information provided we will be able to use the report with key stakeholders in the mental health system to meet our goal of reporting expenditures and outcomes in a comprehensive and transparent manner.

Your acknowledgement that mental illness is found in one-quarter of all general medical practice in Canada and that 12.5% of Canadians can expect to be hospitalized for mental illness at least once in their lifetime underscores the importance of an effective and efficient mental health system. In New Brunswick we are committed to a balanced network of institutional and community based mental health services that ensure timely delivery of the most appropriate and least restrictive mental health services.

The scope of the audit was defined, "To assess whether the Department of Health and Wellness has appropriate

accountability processes in place for the operations of psychiatric units under the direction of Regional Health Authorities."

The first criterion of the report assessed the degree to which the mental health services (MHS) division has performance targets and standards in place. It was determined that the MHS division partially met this criteria and later the report commended New Brunswick's mental health system's national reputation and management style in the employment of some of the best practices in mental health reform. It was acknowledged that the management style relies on qualitative information and open and integrated communication across all service delivery sectors. The report went further and underscored the need for a balance between qualitative and quantitative information and recommends that an outcome-based performance measurement system, which was lacking, be realized.

We are in agreement with the recommendation that the Department develop performance targets, with a focus on outcomes not only for the psychiatric units and hospitals but the entire mental health system. The report acknowledges that work in this area has been on-going and the foundation pieces are in place.

The second criterion of the audit assesses reporting of information and recommends improvement in both the data collection and reporting processes. We are in agreement with the recommendations to receive consistent, timely, relevant and non-redundant data from all RHAs, ideally in electronic format, and will begin work on improving these processes.

The third criterion of the report covers the interpretation of performance data and corrective action where necessary. In the absence of performance measures providing the required data for interpretation as noted under the first criteria, the mental health system has successfully relied on an integrated system with open communication and sharing of information. There are consistent provincial and regional meetings of MHS directors, head nurses and chiefs of psychiatry. Most importantly on a regional level there are on-going Management Liaison Committee meetings where both the Community Mental Health Centres and the in-patient psychiatric services meet and work together to monitor overall service utilization and outcomes, and resolve regional mental health issues and/or pressures. These committees remain in regular contact with the Department's central office and keep them abreast of any pressures, challenges or opportunities.

As stated, we agree with the report's findings and recommendations and are striving to implement an effective accountability framework that reports our expenditures and outcomes in a comprehensive and transparent manner. We have already begun work in this area, and are committed to continuously improve both the accountability and service delivery system in a responsible manner to the benefit of New Brunswickers.

Chapter 5
Department of Supply and Services
Management of Insurable Risks to Public Works Buildings

Contents

Background . . . 89
Scope . . . 91
Results in brief . . . 91
DSS management of DNRE and DOT buildings . . . 92
Building information . . . 93
Assignment of appropriate personnel . . . 94
Procedures to identify risk factors . . . 96
Inspections should be performed periodically . . . 98
Inspection program review . . . 99
Qualifications of inspectors . . . 100
Documenting inspection results in a timely manner . . . 101
Address problems identified in a timely manner . . . 101
Tracking insurable losses . . . 103

Department of Supply and Services Management of Insurable Risks to Public Works Buildings

Background

5.1 It is important that assets be well managed and protected to ensure they maintain their value. We, as auditors of the Province of New Brunswick, have, on occasion, picked audit projects to see how those charged with that responsibility are doing in achieving this objective. For example, in 1993 we examined how the Department of Transportation managed the provincial road system, including protecting the existing roads. And in 2002 we examined how the Vehicle Management Agency managed government vehicles, in particular the repair and maintenance services for these assets.

5.2 One of the most valuable classes of assets owned by the people of New Brunswick is our provincial buildings. Although government does not track the cost of its buildings, some personnel we spoke to during our audit estimated the value at $4 billion or more. In order to manage and protect our provincial buildings, government should have a formalized and structured approach that identifies and assesses significant risk (i.e. fire and liability). The approach should ensure that appropriate strategies are designed for managing these risks.

5.3 In the late 1980s Board of Management considered a report on the insuring of provincial buildings. We were told that the report showed that for a period of over 10 years (1979 to 1989) the annual cost of insurance was significantly higher than the total insurance claims over the same period. As a result, government made the decision to no longer insure provincial buildings, making the taxpayers of New Brunswick liable for all claims arising from risks that had been previously covered through insurance.

5.4 The 2002 annual report of the Department of Supply and Services (DSS) states that "The Facilities Management Division (the Division) *is responsible for the operation of provincially owned buildings, ... risk management*, building maintenance audits and roof inspection" *(emphasis ours)*. The Division manages approximately 500 provincial buildings. It is not responsible for schools and hospitals.

5.5 DSS has had to face a number of practical constraints in recent years. One of the most serious is the reduction in maintenance dollars DSS has been given by government to address, among other things, identified risk factors in its buildings. Generally speaking, these dollars come from two sources; one is the capital improvements budget and the other is the ordinary budget.

5.6 Over the last decade cuts to the ordinary budget have decreased the funding available for maintenance expenditures. In 1993-94 DSS spent over $3.1 million, excluding salaries, but in 2002-03 it spent only $2.1 million. This represents a drop of over 32%, not allowing for inflation. If inflation were taken into effect, the real decline would be over 38%.

5.7 Over the last five years, the capital improvements budget for DSS buildings has been reduced from nearly $5.5 million in 1998-99 to only $3 million in 2003-04. This represents a drop in funding of over 45%.

5.8 Both of these cuts impair DSS's ability to address identified problems in a timely manner. At the same time as funding is decreasing, the age of many buildings is increasing. Older buildings, like older assets of any type, usually have more things go wrong and, consequently, more expenditures are required to keep things right. DSS management also noted that staff available to manage its buildings has declined over the last five to ten years. And while DSS is responsible for risk management of buildings, it has no full time risk manager.

5.9 However, it should be noted that despite the pressure on the Facilities Management Division, insurable risk losses have been minimal. Liability claims charged to DSS through the Province's financial accounts for the last five years total less than $71,000. In fact, the two most recent years (2001-02 and 2002-03) total less than $1,000. The largest recent loss from fire was in 1996 at the Bouctouche Fisheries Building and cost the Province approximately $525,000 to replace. This certainly appears to indicate that DSS has done a credible job of mitigating problems in the past, even in light of the challenges faced by it. Of course, this does not mean that problems are absent. In fact if resources are not adequate to identify and address problems it may be only a matter of time before these problems become significant and losses from insurable risks occur. We believe the members of the

Legislative Assembly need to know what process is in place to manage these risks.

Scope

5.10 Given the significant value of our buildings, the reduction in maintenance dollars, and because government no longer mitigates risks such as fire through insurance, we decided to do an audit in this area of risk management. The focus of our project was on how government manages risks previously managed through insurance. We decided, for reasons of practicality and time constraints, to limit our scope to only those buildings DSS is responsible for. But our findings may be applicable across government.

5.11 Our audit objective was:

To determine how the Department of Supply and Services manages significant insurable risks for the public works buildings it is responsible for.

5.12 We developed nine audit criteria to assist us in determining if DSS was meeting the audit objective. These criteria were focussed on procedures used to manage insurable risks, systems used for documenting building information and qualifications of personnel responsible for the buildings. This chapter is organized by these criteria.

5.13 Our work consisted of interviews with DSS staff and risk management personnel in two other provinces, reviews of various building files, and a review of various publications covering risk management.

Results in brief

5.14 In the late 1980s government decided to no longer insure provincial buildings, making the taxpayers of New Brunswick liable for all claims arising from risks that had been previously covered through insurance. This increased the government's responsibility for identifying and managing these risks.

5.15 In 2001 the Department of Supply and Services was assigned responsibility for 400 buildings formerly the responsibility of the Departments of Transportation (DOT) and Natural Resources and Energy (DNRE). This responsibility includes the identification and management of risks associated with these buildings as well as those that were its responsibility at the time. DSS was given no additional resources to meet this added responsibility. DSS management noted that staff available to manage its buildings has declined significantly over the last five to ten years and, at the same time, maintenance funding available to address any problems identified by DSS has been reduced. The lack of resources could impact the ability of DSS to address many of our findings.

5.16 DSS does not have a documented risk management plan in place that identifies the major risks to each building, and the

corresponding procedures to identify any factors that could significantly affect these risks. As there are many different procedures, including inspections, that DSS could use to identify risk factors in the buildings, and since each building has different levels of risk associated with it, a risk management plan is necessary to ensure all buildings are adequately protected. A plan is also necessary to use limited resources to the best advantage.

5.17 There is a lack of documentation surrounding many of the procedures that DSS relies on to identify, and manage, risks. Because of this we found it challenging to determine if DSS was meeting many of our criteria. The lack of documentation also makes it difficult for DSS to determine if procedures it relies on are performed in a timely manner, or that problems are addressed in a timely manner.

5.18 When DSS was assigned responsibility for DNRE and DOT buildings in 2001 it agreed with the departments that DSS would perform various procedures related to risk management for these buildings. At the same time it was agreed that the departments would continue to manage the buildings on a day-to-day basis. DSS is not carrying out all of the procedures it agreed to, including the inspecting of these buildings to identify all significant risk factors.

DSS management of DNRE and DOT buildings

5.19 Government assigned DSS responsibility for DNRE and DOT buildings in 2001. As a consequence, DSS became responsible for identifying and managing risks for over 400 additional buildings, raising its total portfolio to over 500 buildings. However, DSS management noted that its staff complement was not increased.

5.20 When DSS was given responsibility for the DNRE and DOT buildings, it arranged for each department to continue to "operate and fund the day to day operational activities at each of its facilities", including minor maintenance. However, DSS also agreed to accept many of the responsibilities for these buildings. These included:

- establishing an inventory of all buildings and facilities and integrating them into the Supply and Services Buildings Group Information System;
- carrying out building inspections on a regular basis;
- identifying maintenance and health and safety issues that need to be addressed;
- identifying and prioritizing capital project requirements in cooperation with DOT;

- implementing a fire safety program with all DOT facilities and ensuring ongoing compliance with the program requirements;
- providing technical/administrative assistance related to building operation/maintenance issues (provide advice, prepare specifications, tenders, etc.); and
- liaison with authorities having jurisdiction (e.g. Fire Marshal, boiler inspector) and coordinating follow-up activities.

5.21 We were pleased to see that DSS planned on putting these procedures in place, as they constitute the beginnings of a good risk management program for these buildings.

5.22 However, in performing our audit work we found that DSS was not meeting several of the responsibilities it agreed to with regards to these buildings. For example DSS is not carrying out building inspections on a regular basis. This subjects DNRE and DOT buildings to additional risk as many of DSS's responsibilities might identify risks which otherwise may go undetected.

5.23 We are aware that DSS faces resource issues. It is important that, if DSS is unable to meet these responsibilities, it should bring this to the attention of government so that government is aware of the added risk it is accepting in the wake of the building transfer. DSS management stated that they have brought the resource issue to the attention of government in the past.

Recommendation

5.24 We recommended that the Department of Supply and Services fulfil the obligations it agreed to with DNRE and DOT. If DSS does not have the resources to fulfil these obligations, it should communicate the implications of this to government.

Building information

5.25 Our first criterion was:

> *The Department of Supply and Services should be aware of each building under its responsibility including its location, purpose and value.*

5.26 The Department of Supply and Services uses a computerized information system called the Supply and Services Buildings Group Information System (SBGS) to store information on all government buildings. To test the completeness of SBGS building data, we traced a few buildings on the provincial assessment system to those on the SBGS. We found no discrepancies. We also noted that DSS uses two key controls to ensure SBGS completeness. The first is that a building must have a SBGS building number before expenditures can be charged to it in the provincial Financial Information System. The second is that DSS annually obtains building listings from departments and compares them

to SBGS information. Any discrepancies are resolved. It appears then that DSS is certainly aware of each building it is responsible for.

5.27 SBGS contains such information as building number, address, property assessment number, description of building use (e.g. garage), and name. However, it does not track building cost or value.

5.28 We were surprised that cost was not tracked. Government policy requires departments to track "actual cost" for moveable capital assets "with a cost of $200 or more". Given this policy, it would seem logical that government should also be tracking the cost of buildings, which are much more valuable.

5.29 Value is an essential part of risk management. An insurer would not take on a building portfolio without knowing the value of what was being insured. Further, if value is not established, how can management determine whether to repair a particular asset? Or, how much effort is warranted to identify risks to that asset? And can management expect government to allocate funds to identifying and addressing risk factors in buildings if the value of the assets at risk is not known?

5.30 Value is also information that legislators need to know in order to make an informed decision as to what funds to allocate to manage the assets. Knowing value clearly shows legislators the significance of assets that are at risk.

Conclusion

5.31 The criterion is partially met. DSS is aware of each building under its responsibility and SBGS documents building location and purpose. However, SBGS does not contain information on building value.

Recommendation

5.32 **We recommended that the Department of Supply and Services establish value for each building it is responsible for and update these values on SBGS on a regular basis.**

Assignment of appropriate personnel

5.33 Our second criterion was:

The Department of Supply and Services should assign appropriate personnel the responsibility for managing insurable risks associated with the buildings it is responsible for.

5.34 Ultimately, responsibility for all of its buildings is assigned to the Director of the Division, including responsibility for managing risks. However in the past, the Division had staff dedicated to risk management, including a risk manager who, while primarily responsible for managing fleet insurance, was able to help manage building risks. This staff has now been reduced to less than 15% of one person's time.

DSS-managed buildings

5.35 DSS has assigned responsibility for buildings in each region to a regional manager. In the Fredericton region the responsibility for some buildings has been further assigned to building superintendents. We found that superintendents have a variety of different qualifications, but all regional managers are either qualified engineers or technologists.

5.36 To help identify risk factors, central office supplements regional staff experience and expertise with specialized technologists or outside contractors for specific areas such as fire, elevators and air quality. These technologists do not participate in risk factor identification in each building on a regular basis. Instead they conduct a cursory review of a building when they are on the premises, usually only after regional staff request help with another problem.

5.37 Our audit tests showed that when DSS performed formal building audits or when special building reviews were performed, risk factors or problems affecting fire or liability risk were often found. For example, DSS audits identified instances where roofs needed to be replaced, a drainage system was inadequate, wiring needed to be upgraded and fire alarms and extinguishers had not been inspected in years. DSS reviews also identified factors such as ventilation problems and various fire code violations. This would support the conclusion that regional staff may need other qualified personnel to help them in identifying risks in their buildings.

5.38 One positive development in this regard is the creation of a new position known as the Emergency Risk Management Technologist (ERMT). This staff member is planning to inspect all DSS-managed buildings in the near future, identifying and documenting risk factors related to fire. These inspections should add a significant, and regular, level of experience and training to the process of identifying risk factors in these buildings.

DNRE/DOT managed buildings

5.39 When DSS was assigned overall responsibility for managing DNRE and DOT buildings, DSS staff decided that day-to-day operations should remain with DNRE and DOT personnel. They did this for two reasons. The first was that DSS received no added resources to manage the additional 400 buildings. The second was that DNRE/DOT personnel were already in place, on site and familiar with the buildings.

5.40 DSS did not determine the qualifications of DNRE/DOT staff assigned to manage these buildings. As DSS is responsible for these buildings it should ensure DNRE and DOT building management staff are appropriately qualified to identify and manage responsibilities DSS has assigned them, including the management of insurable risks.

5.41 The Division assigned some central office specialized technologists the responsibility of providing some consulting help in assessing risk or correcting identified risk factors in these buildings.

usually after a problem is identified. However, we found that DSS was not meeting several key responsibilities, including carrying out building inspections on a regular basis and identifying maintenance and health and safety issues that need to be addressed.

5.42 The more than 400 additional DNRE/DOT buildings have placed a significant burden on DSS's scarce technical resources, one that DSS has not been able to address.

Conclusion

5.43 The criterion is not met. While the Director of the Facilities Management Division has overall responsibility "for the operation of provincially owned buildings, ... risk management, building maintenance audits and roof inspection facilities", the Division has no resource person dedicated to oversee managing of insurable risks associated with all of its buildings.

5.44 Technical staff needs to supplement the work of the regions on a regular, periodic basis rather than on the current problem-based intervention basis. The new ERMT position is a positive addition in this regard.

5.45 The Department of Supply and Services should ensure that DNRE/DOT staff it relies on to manage risks are appropriately qualified. And it should ensure that DNRE and DOT devote enough qualified resources to managing these risks. DSS has not done this. Moreover DSS needs to determine the staff it needs to manage risks in these buildings and to fulfil the responsibilities it agreed to.

Recommendations

5.46 We recommended that the Department of Supply and Services determine the personnel it requires to manage risks in buildings it is responsible for. As part of this process, DSS should determine if it needs to establish a full-time position for a Risk Manager. If DSS establishes that existing resources are inadequate to protect provincial buildings it should present these personnel needs, and the implications of not having appropriate personnel, to government.

5.47 We recommended that the Department of Supply and Services ensure that all staff it relies on to help manage its buildings are appropriately qualified.

Procedures to identify risk factors

5.48 Our third criterion was:

The Department should have procedures in place to identify risk factors.

5.49 DSS identified fire and liability as significant risks to buildings it is directly responsible for and has many procedures in place to identify factors affecting these risks. These procedures include inspections, contracts for preventative maintenance, and reports from users.

However, DSS has not determined what, if any, procedures DNRE and/or DOT perform to identify problems in buildings they manage for DSS.

5.50 With respect to its buildings, inspections are the most pervasive procedure DSS uses to identify risk factors. There are two sources of inspections that DSS might rely on. The first source is external agency, or regulatory, inspections and these are normally performed by authorities to meet responsibilities established under legislation or policy. The parameters surrounding these inspections such as timing, procedures and staff qualifications are set by the authority responsible for the inspection and not DSS. For example, the Office of the Fire Marshal may, through inspection, identify factors that affect the risk of fire. Or Workplace Health and Safety may, through inspection, identify factors that can affect both fire and liability risk.

5.51 The second source is internal, or DSS-controlled, inspections. These are performed directly by DSS, by DNRE or DOT staff responsible for managing DSS buildings, or by companies or individuals contracted by DSS. These inspections are controlled by DSS and include roof inspections, fire risk inspections, fire alarm inspections, sprinkler inspections, informal building reviews by regional staff, and reviews by central office staff.

5.52 The question then becomes which procedures are "best" for DSS to identify all factors that would significantly affect risks. That is, to ensure all of its buildings are adequately protected, and protected using limited resources to the best advantage, DSS should have a documented risk management plan in place. Part of developing this plan would include a review of existing procedures and a determination of the specific procedures required for each building. As each building is different (e.g. constructed of brick, wood or metal, old or new), it may be necessary for DSS to establish different procedures to identify different risk factors in each building.

5.53 DSS does not have such a documented risk management plan. And many procedures that DSS relies on to identify risk factors are informal. It would be prudent for DSS to document the procedures to avoid any misunderstandings as to what is required. This would better assure DSS that staff understand the procedures and perform them consistently.

5.54 We were also disappointed to see that DSS no longer performs formal building condition audits on any buildings. Regularly scheduled building condition audits by qualified inspectors can be most effective in the timely identification of risk factors. And they complement the experience of regional staff in identifying these factors.

Conclusion

5.55 The criterion is partially met. The Department has many procedures in place that identify risk factors in its buildings. Examples are inspections done by external agencies such as the Office of the Fire Marshal or inspections done, or contracted, by DSS such as roof inspections, fire risk inspections, fire alarm inspections and sprinkler inspections.

5.56 At the same time DSS does not have a documented risk management plan. Nor are all procedures documented or known. As a result, it is not possible to determine if existing procedures are sufficient, or too many, to efficiently identify all significant risk factors in each building or whether existing procedures are the most effective way to do so.

Recommendations

5.57 We recommended that the Department of Supply and Services develop and document a risk management plan. The plan should identify all significant risks to each of its buildings, including buildings managed by DNRE and DOT, and document what procedures are required to identify risk factors in each building.

5.58 We recommended that the Department of Supply and Services communicate the procedures in the risk management plan to those managing DSS buildings.

5.59 We recommended that the Department of Supply and Services reinstate the formalized, documented, building condition audits.

Inspections should be performed periodically

5.60 Our fourth criterion was:

The Department should ensure each building is periodically inspected for the purpose of identifying risk factors.

5.61 The performance of inspections is often not well documented. We reviewed various building files trying to find evidence as to when various inspections had been completed. Our audit work revealed that some DSS-controlled inspections, for example DSS roof inspections, were well documented. And guidelines had been established as to when these inspections were to be completed. However, other internal inspections, including those performed by staff in DNRE or DOT, or those done on an informal basis, had little or no information in place to show when, or if, they were performed or when they were supposed to be performed.

5.62 External inspections by regulatory authorities often have no report unless problems are found. Even then, the problem may be corrected while the inspector is on site so no report may have been filed. If these inspections are relied on by DSS to identify risk factors, DSS should ensure that these inspections are performed often enough for

timely identification of these factors. At this time DSS does not track this information.

5.63 We also found information on inspections difficult to come by as different regions had different practices as to the filing of inspection reports.

5.64 We were pleased to see that the new ERMT is planning on establishing timeframes for completing various inspections, including preventative maintenance audits and sprinkler system inspections. The ERMT also plans on having a log to ensure that these inspections are completed when expected. A log or checklist, similar to the one envisioned by the ERMT, could be part of DSS's overall solution.

Conclusion

5.65 The criterion is not met. Although DSS does ensure some inspections occur periodically, it has no system to ensure each building is periodically inspected for the purpose of identifying all significant risk factors. Nor does DSS have a risk management plan that establishes and documents when the inspections it relies on to identify risks are to be completed. And procedures are not in place to ensure these inspections are completed on a timely basis.

Recommendations

5.66 We recommended that the Department of Supply and Services ensure its risk management plan includes establishing and documenting when inspections are to be completed.

5.67 We recommended that the Department communicate requirements for internal inspections to responsible personnel.

5.68 We recommended that the Department document completion of required inspections for buildings it is responsible for. Facilities Management Division personnel should ensure that required procedures have been completed on a timely basis and document that the procedures were completed.

Inspection program review

5.69 Our fifth criterion was:

> *The Department should periodically review its own inspection programs to ensure they are adequate to identify risk factors.*

5.70 DSS management noted they do review their own inspection programs on an ongoing basis. However, DSS has not established schedules for when the reviews are to be done and there is no documented information as to when, or if, they are carried out.

5.71 DSS staff does not review DNRE or DOT inspection programs. They rely on DOT and DNRE to ensure their inspection programs are adequate.

5.72 For inspections they contract by tender, DSS management stated they review these on a contracted period basis and changes to the conditions of the contract are made as required. Where contracted services are for small dollar amounts and not subject to tender, the contracts are reviewed informally in the regions. Unless a contract has changed though, there is no documented evidence that these reviews have been completed.

Conclusion

5.73 The criterion is partially met. DSS does review some of its inspection programs but these reviews are informal and not documented, making it difficult to determine what is done, or how often. DSS does not review DNRE/DOT building inspection programs.

Recommendations

5.74 We recommended that the Department of Supply and Services document its review of internal inspection programs to ensure the reviews are timely and sufficient.

5.75 We recommended that the Department establish and document a schedule for performance of inspection reviews and determine what the reviews should cover.

5.76 We recommended that the Department document the procedures necessary to ensure inspection programs performed by DNRE and DOT are timely and sufficient.

Qualifications of inspectors

5.77 Our sixth criterion was:

The Department should ensure qualified personnel or reputable and competent firms complete inspections.

5.78 DSS has assigned responsibility for inspections to both regional and central office staff. DSS staff that perform these inspections range from building superintendents to specialized technologists, with each of these having a mixture of experience and training. DSS managers stated that they make sure that those performing inspections have the relevant skill sets; in other words, they ensure qualified personnel complete inspections. From an audit perspective, however, we were unable to conclude as to whether all persons completing inspections were adequately qualified. This was due in large part to the varied mix of qualifications that DSS staff has. For example, one employee performing informal building inspections may have many years of experience. Another may have more formal training. To say that one is qualified and another is not because of either less experience or less formal training would be subjective. Further, as noted earlier, a large number of inspections are not well documented. This causes difficulty in determining who performed it. And not knowing who performed it makes it impossible to determine whether the person was qualified.

5.79 DSS appears to do a thorough job in ensuring contracted service providers it hires are reputable and qualified. For tendered inspection

contracts, DSS requires that contractors performing the inspections have appropriately "qualified" staff. This means that staff performing the work has the specific training and education required to complete the work. For smaller contracts, DSS regional staff ensure the persons hired are appropriately qualified.

Conclusion

5.80 We were unable to conclude on this criterion. We were unable to determine whether DSS personnel performing inspections are appropriately qualified.

Documenting inspection results in a timely manner

5.81 Our seventh criterion was:

Inspection results should be documented and forwarded to appropriate personnel in a timely manner.

5.82 When an regulatory authority, such as the Office of the Fire Marshal, conducts an inspection, it has the responsibility to ensure risk factors are identified, required changes are communicated to appropriate "client" staff, and that required changes are made in a timely manner. As such, these inspections and their results are the responsibility of authorities other than DSS and therefore outside of the scope of our audit. However, results from these inspections could help DSS determine what problems may be in, or developing in, other DSS buildings.

5.83 For inspections performed by DSS, documentation varies. For example, we found DSS roof inspection results were well documented, filed in the appropriate central office building files and delivered to appropriate departmental personnel on a timely basis. However, other results, such as those from informal building reviews, were not documented or filed and it is difficult to determine if these results were communicated to appropriate personnel in a timely manner.

5.84 DSS has no policy as to what to do with reports received from inspectors.

Conclusion

5.85 The criterion is partially met. DSS has no documented policy regarding the filing of inspection reports or results. As a result some internal inspection results are documented and communicated in a timely manner, but others are not documented or are informal in nature.

Recommendation

5.86 We recommended that the Department of Supply and Services establish a policy that ensures inspection reports are documented. Inspection results should be forwarded to appropriate personnel in a timely manner.

Address problems identified in a timely manner

5.87 Our eighth criterion was:

The Department should address risks identified in inspections in a timely manner.

5.88 The present system makes it difficult to determine if all significant problems identified in inspections were corrected in a timely manner. To begin, many inspections are not documented. Further, if repairs are funded out of the ordinary maintenance budget, determining when, or if, a repair was actually made is difficult as these repairs are not recorded by project and may not even be documented if made by departmental staff.

5.89 However, when risk factors such as damaged roofs or obsolete electrical wiring are identified and require capital funding to fix, they are communicated annually to Division management (or earlier if emergency or regulatory in nature). They then become projects and are added to the previous year's capital project listing of incomplete and/or unfunded projects. The Director of the Division reviews the updated listing of projects and re-prioritizes them. Projects in progress, and health and safety related projects, are given highest priority.

5.90 We conducted a test on inspection results documented and filed in the building files at central office to determine if factors identified as having a significant effect on buildings were addressed in a timely manner. As we have noted, these, of course, represent only a few of the internal inspections performed on buildings. However, this test gave us an indication of the speed at which major problems are addressed. Test results showed that DSS addressed most "high priority" problems, such as damaged roofs or poor electrical wiring, within one to three years. A few, such as grouting to fill mortared joints and foundation repairs, took five years or longer.

5.91 DSS inspections, principally roof inspections or building maintenance audits, on buildings managed by DOT or DNRE, also identified significant risk factors. Our building file test indicated these were addressed, but slower than on DSS-managed buildings. And we could not see where several "medium priority" projects, such as stairwell improvements or new concrete floors, which could affect liability, were addressed. Additionally, several years ago DSS made the decision to stop inspecting DOT building roofs because identified problems were not being corrected. Although roof inspections have just started again, there may be a backlog of uncompleted repairs.

5.92 "High priority " capital maintenance building projects identified on DSS's 2003-04 capital project listing total over $12 million. But government has given DSS less than $3 million to address the risks attached to these projects. Obviously, DSS is not able to meet these "high priority" risks on a timely basis.

Conclusion

5.93 The criterion is not met. DSS does not ensure risk factors, in buildings managed for it by DNRE or DOT, are addressed in a timely manner. For its own buildings DSS does ensure that most identified and documented "high priority" risk factors are addressed, but the present

system makes it difficult to determine if significant problems identified are corrected in a timely manner.

Recommendation

5.94 We recommended that the Department of Supply and Services have a documented process ensuring that all factors identified in DSS-controlled inspections that could significantly affect building risks are corrected on a timely basis. If resources are not sufficient to do this, DSS should communicate that fact to government.

Tracking insurable losses

5.95 Our ninth criterion was:

The Department should track and report losses related to insurable risks and use this information to identify opportunities for mitigating risks.

5.96 The Department of Supply and Services tracks liability losses arising from insurable claims on buildings it manages through the financial accounting system of the Province. We reviewed liability claims charged to DSS through the Province's financial accounts for the last two years (2001-02 and 2002-03) and, combined, they were less than $1,000. And there was less than $71,000 in liability claims charged to DSS's claims account over the last five years. The largest was a claim (2000-01) for approximately $45,000. However, liability claims originating from buildings managed by DNRE and DOT may not result in DSS being involved. As DSS is now responsible for these buildings it should ensure it obtains information on all liability claims to help it manage risks for these buildings.

5.97 DSS informally tracks fire claims information for buildings that it or DNRE and DOT manage. Any significant fire loss would likely be known to DSS, as it would result in the substantial loss of use of the building or repairs to it, both of which DSS would be involved in. DSS staff noted the largest recent loss from fire was in 1996 at the Bouctouche Fisheries Building. It cost the Province approximately $525,000 to rebuild the facility.

5.98 DSS noted that there is an informal, non-documented system that takes into account problems found in some locations and communicates these problems amongst staff. Staff stated that this is to ensure that if these problems exist in other locations, the causes are addressed in other locations before they become significant.

Conclusion

5.99 The criterion was partially met. DSS management stated that they are aware of major fire losses, as these result in considerable damage to a building. This results in the loss of use of the building or repairs to the building, both of which impact DSS directly.

5.100 The Department of Supply and Services does track liability losses for buildings it manages through the financial accounting system of the Province. However, it does not track liability claims for DNRE or DOT managed buildings.

5.101 DSS staff stated that they use this information to identify opportunities for mitigating risks, but only informally. However, because of the informal nature of the process we were unable to confirm this.

Recommendation

5.102 We recommended that the Department of Supply and Services ensure that it tracks information on losses from insurable liability risks on buildings managed by DNRE and DOT.

Departmental response

5.103 The Deputy Minister of Supply and Services provided the following comments on our report:

I agree with your overall premise that to manage and protect our provincial buildings from risk, Government should have a formalized structured approach that:

- *identifies the significant risks related to the buildings;*
- *analyzes and assesses the risks;*
- *designs strategies for managing the risks;*
- *implements and integrates risk management; and*
- *measures, monitors and reports.*

I believe these functions are generally carried out in a responsible manner by the staff of the Department of Supply and Services.

You have, however, identified that documentation around the areas of the actual risk management plan, the procedures, and reports is not as complete as you would like to see. The Department, at the present time, is emphasizing the need for improvements in documentation efforts.

I also note that you report on the budgetary pressures which have impacted upon the Department of Supply and Services over the last number of years. This has an impact on the initiatives we undertake and focuses the Department on the high priority items to ensure that the immediate risks are mitigated and the building stock is managed effectively within those resources available.

The new emergency risk management technologist will address a number of your issues.

In your report you emphasize the approach taken with respect to the management of the Department of Natural Resources and the Department of Transportation buildings, and whether the Department of Supply and Services is fully meeting its responsibilities. I would like to point out that the division of the responsibilities between the operational aspects and the capital aspects was approved by the Board of Management.

The Department will be following up with respect to your recommendations, on the issues of documentation, and also identifying resources required to address the resource deficiencies which you believe exist. However, I believe that the Department is effectively managing the risks within the resources available and that, as I indicated earlier, the principal issues are around the level of documentation, not the level of service.

I believe our loss ratios demonstrate that risks are being managed.

Chapter 6
Crown Agency Governance

Contents

Background 109
Objective and scope 111
Summary of recommendations 112
Keys to effective governance 115

Crown Agency Governance

Background

6.1 Our Office has performed five governance reviews over the past number of years. These have included:

- A general review of various Province of New Brunswick Crown agencies (1996)
- The Atlantic Lottery Corporation Inc. (1997)
- The eight regional hospital corporations (1998)
- The New Brunswick Liquor Corporation (1999)
- The Department of Finance - Pension Funds (2000)

6.2 At 31 March 2002 major New Brunswick Crown agencies held over $4.7 billion of government assets. Related liabilities were over $4.3 billion. Some $904.2 million in provincial funding was provided to those Crown agencies during the year ended 31 March 2002. During that year major Crown agencies generated an additional $1.9 billion in external revenues and their total expenditures exceeded $2.7 billion. The financial significance of New Brunswick Crown agencies, combined with many recent changes in best practices associated with good governance, and the lack of any overall support or guidance being provided to New Brunswick Crown agencies or their boards, led us to become heavily involved in the area.

What is effective governance?

6.3 Governance can be defined as the process and structure used to direct the business and affairs of a corporation with the objective of achieving the corporate mission. The process and structure define the division of power between the board and management. They also establish mechanisms for achieving accountability between management, the board of directors, and corporate shareholders. Putting it simply, governors (i.e. boards of directors) are to look out for the interests of the corporate shareholder (i.e. the Province of New Brunswick).

6.4 CCAF/FCVI Inc., a research organization focussing on public sector governance and accountability, has developed a list of the characteristics of effective boards. If a board truly exemplifies these characteristics, it will be providing effective governance and accountability. According to CCAF/FCVI, effective boards:

- are comprised of people with the necessary knowledge, ability and commitment to fulfil their responsibilities;
- understand their purposes and whose interests they represent;

- understand the objectives and strategies of the organization they govern;
- understand what constitutes reasonable information for good governance and obtain it;
- once informed, are prepared to act to ensure that the organization's objectives are met and that performance is satisfactory; and
- fulfil their accountability obligations to those whose interests they represent by reporting on their organization's performance.

6.5 We feel that effective Crown agency boards, as defined above, are best able to look out for the interests of the Province of New Brunswick and its citizens and act as major contributors to the success of their corporation.

Why is it important that governance be effective?

6.6 Ultimately governance is about performance. Boards of directors are set up in legislation to improve, in all respects, the performance of the Crown agencies they govern. Consequently, their activities as directors must be geared towards promoting appropriate corporate activities (i.e. those that move the Crown agency towards achieving its mission). If they are not achieving this goal, there is no reason for a board to exist.

6.7 The Conference Board of Canada made the following statement in their September 1997 Members' Briefing.

> *There is a widely held perception that good corporate governance leads to good corporate results. ... This subject has now taken on a much higher profile as shareholders ... and directors alike are putting the governance practices of our corporations under close scrutiny.*

6.8 The Canada Deposit Insurance Corporation included the following comments in the preamble to its own governance guidelines for financial institutions.

> *... The care, diligence, skill and prudence exhibited by ... directors has a critical influence on the institution's viability, safety and soundness, its ability to execute its business strategy and achieve its business objectives and its ability to engender confidence ...*
>
> *Good governance is not only essential to the operating effectiveness of any organization – it is good business. Studies show not only that ... institutions with good governance processes operate more effectively and respond more quickly to changes in the marketplace, but also that stakeholders*

increasingly recognize the relationship between governance and performance ...

6.9 The following comments came from a study of seventy-nine major U.S. and Canadian pension funds, and a Dutch pension fund, as previously quoted in our 2000 Report chapter on pension plan governance.

We were able to find a statistically significant link between organizational performance and organizational design. Interestingly, and more specifically, we found the most important driver of organization performance ... to be the quality of the board...

6.10 Conversely, there can be significant negative impacts when a Crown agency board is not governing effectively. These include:

- A lack of board strategic leadership in ensuring that the mandate for which the organization was created is being carried out.
- The losses and related political fallout that may occur because significant risks are not being managed appropriately due to lack of board scrutiny in this area.
- The loss of opportunity to improve services and/or financial performance because the board is not involved in an ongoing discussion of corporate strategy and ways to advance the corporate mission, and is therefore not encouraging management to constantly look for ways to improve performance.
- The failure of the board to provide a full accountability link between the Crown agency and the responsible Minister.
- The failure of the board to adequately monitor the performance of senior management and hold it to account for that performance.
- A lack of value for money from the direct corporate administrative costs associated with operating and supporting a board of directors if the board is not fulfilling its roles and responsibilities.

6.11 In our opinion, the Legislative Assembly, which is a forum composed of representatives of the citizens of New Brunswick, needs to ensure that New Brunswick Crown agencies are governed effectively.

Objective and scope

6.12 Our objective for this project was:

To summarize the results of our governance reviews over the past five years, review practices in other jurisdictions, and make major overall recommendations on steps the Province can take to improve Crown agency governance.

6.13 In completing this work, we reviewed findings and documentation from our previous governance reviews and followed up where necessary. We also completed extensive research on best practices in governance in the private and public sectors both inside and outside New Brunswick. Additionally, we interviewed representatives of selected New Brunswick Crown agencies and the New Brunswick Executive Council Office. Finally, we reviewed various Crown agency documents and did some limited testing of recent appointments to New Brunswick Crown agency boards.

6.14 Recommendations in this chapter are directed to two distinct groups: central government (Executive Council, departments, and/or other organizations as applicable); and Crown agency boards of directors. The recommendations directed towards Crown agency boards of directors are primarily applicable to boards that have been assigned at least some responsibility for decision-making and therefore have some commensurate accountability for results achieved (i.e. Governing or Administrative Management boards as described in paragraph 10.12 of our 1996 Report). Where a board's activities are entirely advisory in nature, recommended practices may not be of value.

Summary of recommendations

Recommendations for central government (Executive Council, departments, and/or other organizations as applicable)

Appointments

6.15 Processes should be established to ensure that the expiry dates of board appointments are staggered to ensure continuity on Crown agency boards.

6.16 The level of compensation currently provided to board members should be reviewed to ensure it is sufficient to attract the best candidates to directorial positions and to adequately reward board members for their efforts.

6.17 Selection of a Crown agency board member should be primarily based on the demonstrated ability of a candidate to contribute to improved outcomes for the organization, and not their membership in a particular stakeholder or demographic group.

Corporate mandates and performance expectations

6.18 Responsible departments should develop memoranda of understanding with Crown agencies to ensure that there are common understandings of the mandate and performance expectations government has set for the Crown agencies.

6.19 As a minimum, government (represented by Board of Management, the Policy and Priorities Committee, or a similar body) should review all Crown agency strategic and business plans on a regular basis to ensure that Crown agency interpretations of legislation, mandate and government expectations are consistent with its own understanding.

6.20 Responsible departments should monitor Crown agency compliance with their own enabling legislation and other pertinent acts to reduce the risk of inappropriate actions being taken.

6.21 All Crown agency boards should be given responsibility for recruiting and hiring the CEOs for their agencies.

Guidance and support for Crown agencies

6.22 The Executive Council Office's coordinating role should be expanded to include providing guidance and support to Crown agencies in some or all of the following areas:

- **setting and periodically updating governance standards for use by all New Brunswick Crown agencies;**
- **monitoring compliance with those governance standards;**
- **providing guidance to Crown agencies in the application of those governance standards;**
- **providing governance training opportunities for Crown agency directors;**
- **communicating the shareholder's perspective, government priorities, and emerging issues to Crown agencies;**
- **providing independent advice to Cabinet, Ministers, Boards and/or CEOs on Crown agency mandates, direction, plans, and performance, as requested; and**
- **identifying and coordinating major Crown agency policy issues and projects as required.**

Accountability reporting

6.23 The Executive Council Office should be monitoring Crown agency annual reports to ensure that the government annual report policy is being complied with.

6.24 The government annual report policy should be amended to include the following two additional requirements.

- **That Crown agency annual reports include, where applicable, reference to the Crown agency's involvement in supporting the success of current government priorities and initiatives.**
- **That Crown agency annual reports include a statement of governance practices similar to that shown in the 2002 NB Power Corporation annual report.**

Recommendations for Crown agency boards of directors

Appointments

6.25 Crown agency boards of directors should be providing the responsible departments with selection criteria against which to evaluate candidates for board appointments.

Best practices for boards of directors

6.26 All Crown agency boards should ensure that ethical standards have been established for their agency and that there is a system in place to monitor compliance with those standards.

6.27 All Crown agency boards should seriously consider establishing an audit committee to provide additional focus to the board's review of the integrity of the agency's internal control and management information systems.

6.28 All Crown agency boards should prepare a governance statement for their agency that describes:

- **the governance and accountability structure of the Crown agency;**
- **governance processes and standards that are being followed, including the requirements made of individual board members; and**
- **the roles and responsibilities of government, the board of directors, and management.**

6.29 The governance statement should be reviewed regularly and updated as necessary.

6.30 All Crown agency boards should negotiate and document a memorandum of understanding between their Crown agency and the responsible Minister as to how important aspects of governance are to be handled, the relative responsibilities of key governance players, etc.

6.31 All Crown agency boards should conduct regular self-evaluations of their board's effectiveness. They should also consider conducting regular reviews of the performance of individual board members.

6.32 Periodically, all New Brunswick Crown agency boards of directors should look critically at reporting they receive regularly from management. Specifically, each board should ensure:

- **that reports presented are useful and sufficient to allow the effective discharge of all of the board's roles and responsibilities as Crown agency governors (For example, information used by the board to monitor corporate performance should address both financial and service goals and be clearly linked to approved plans.);**
- **that information that is not used by the board is deleted from management reporting; and**

- **that reports are organized for ease of reference by board members in their deliberations.**

6.33 All Crown agency boards should review the performance of their CEO on a regular basis.

Keys to effective governance

6.34 From the start, the goal of our work on Crown agency governance has been to try to improve the effectiveness of governance provided by the boards of New Brunswick Crown agencies. Based on five years of work in the area, we believe that there are a few key priorities that must be considered to ensure that governance is effective. They are:

- Ensure that members appointed to the board have the necessary skills to contribute to effective governance.
- Ensure that boards are renewed regularly while at the same time maintaining sufficient continuity of membership to allow a consistent knowledge base to be maintained.
- Ensure that the mandate of each Crown agency is clearly documented and agreed upon by both central government and the Crown agency.
- Ensure that the relative roles and responsibilities of Executive Council, Board of Management, responsible departments, Crown agency boards, and Crown agency management are clearly documented and agreed upon by appropriate parties.
- Ensure that board members get sufficient, appropriate training and guidance to understand and be able to apply current best practices of governance.
- Ensure that board members get sufficient information about the operation of their Crown agency to allow them to fulfil their roles and responsibilities.
- Ensure that board members understand to whom they are accountable and how that accountability obligation is to be discharged.

6.35 Central government (i.e. responsible departments, Executive Council and Board of Management), Crown agency boards, and corporate management all have important roles to play in the achievement of these seven priorities. We feel that if these key players keep the seven listed priorities in mind on an ongoing basis, it will result in Crown agencies that have well-qualified boards, armed with the right knowledge to be effective. It is then up to the boards to make the necessary efforts to govern effectively. Once this has been

accomplished, central government's primary role becomes one of monitoring Crown agency boards to ensure that they are adequately discharging their accountability obligations.

Board appointments

6.36 "They say the best companies have board members who ask the tough questions. In Crown corporations this is especially important because balancing public policy and commercial objectives is the toughest part of the job." (Annette Verschuren, former member of the Board of Directors of Cape Breton Development Corporation and President, Home Depot Canada.)

6.37 It is well recognized in current governance thinking that to have effective governance, you must have the right people in place, people who are willing and able to ask the right "tough questions". This means that you must have a group of directors in place that can provide strong strategic leadership. However, the way in which appointments are made in both the public and private sectors is often not effective in appointing the best people to boards. John Carver, author of the key governance reference book "Boards That Make a Difference" said:

> *In twenty years' experience working closely with boards, my impression is that we are pretty sloppy about filling board seats, often putting people on boards for all the wrong reasons. Let's face it. The reasons board members are selected often come down to who has time, who fits some preset demographic description, or - in the case of politically appointed boards – who is owed a favor. Sometimes the only requirement is that a potential board member care about the organizational mission. Often the persons chosen are very accomplished in their fields but skilled in ways that may have little to do with proper board behavior. Most boards would fire their CEOs for filling staff positions as haphazardly as ... recruits for board positions....*

6.38 He goes on to say,

> *It has become politically correct to maintain that everyone is equally capable of discharging board responsibilities, but that is simply not true.*

6.39 The Conference Board of Canada, a leader in promoting effective corporate governance, has stated:

> *There ought to be a clear understanding of the corporation's and board's needs, then a proactive search for the right fit. Recruiters should be testing for independence of mind, common sense, collegial working, diversity and depth of experience.*

What happens in New Brunswick

6.40 The vast majority of directorial appointments to New Brunswick Crown agency boards are made by the Lieutenant-Governor in Council as specified in the legislation of individual Crown agencies. In practice, such appointments generally follow the following process.

1. The department responsible for a specific Crown agency identifies and approaches a candidate to fill a vacant position. The department may or may not consult with the current board of the Crown agency, stakeholder groups, or other interested parties when identifying and evaluating that candidate.

2. The department then prepares a Memorandum to the Executive Council as specified in the Procedures Manual for Executive Council Documents. It requires that departments include:
   - The address and qualifications of the individual(s).
   - The circumstances under which the position(s) became vacant... (e.g., resignation, death, dismissal, expiration of term.)
   - The names, addresses and dates of expiration of the terms of all other members of the board or commission.
   - A statement that the person(s) proposed for appointment meets all statutory requirements for the position.

3. Executive Council uses the information provided and other relevant input from members of Cabinet to determine whether the person being recommended is suitable for the position to be filled.

4. Once the appointment has been approved by Executive Council, as signified by the issuance of an Order in Council, the department is responsible for notifying the candidate of their appointment and providing them with any other necessary information.

6.41 There are no specific documented requirements provided by Executive Council to departments covering how to identify or evaluate potential directors, nor is there any requirement to identify the needs of the board in question. However, a representative of Executive Council indicated that it is understood by all departments that appointments should consider quality of the people, gender, linguistic balance, and geographic balance.

6.42 Each piece of enabling legislation provides a slightly different framework for recruiting new directors. It may specify the groups from which candidates are to be chosen, the terms for which individuals may be appointed, etc.

Best practices in appointing board members

6.43 A report prepared in 1998 by the Public Policy Forum entitled Protecting the Shareholder - A Review of the Governance Structure of Canadian Crown Corporations noted:

One place to improve Crown corporation governance is the process through which directors are appointed to serve on Crown boards. The issue is not whether the government should exercise the right to appoint individuals to these boards. .... Nor is the real issue the political affiliation of individuals appointed .... Competence and relevant experience must be the over-riding criteria for appointments to Crown corporation boards. ... Crown boards should communicate to their responsible ministers ... the areas of expertise lacking on the existing board.

6.44 Based upon our governance work, we believe there should be three distinct steps in selecting candidates for board membership:

- identify the skills required of new appointees (i.e. prepare selection criteria);
- identify the available individual(s) who best meet the requirements laid out in the selection criteria; and
- recommend their appointment to Executive Council.

6.45 The first step in selecting board members is to define and document exactly what general and specific skills are needed in new board members. Not surprisingly, individual Crown agency boards are in the best position to do this for their own board.

6.46 The second step is the identification of candidates who can provide the needed skills. Stakeholders, Crown boards, senior Crown agency management, and central government can all potentially take part in the identification of candidates. However, it is critically important that there be a process in which candidates are evaluated against selection criteria before they are recommended for appointment.

6.47 Having Crown agency boards prepare written selection criteria and then evaluating candidates against those criteria seems a logical way to select new board members. A Crown agency would not hire an employee without having some idea what skills they are looking to add. But perhaps more importantly, responsible departments should not recommend the appointment of a particular person to a board without knowing in advance that the person will provide the skill sets needed to be an effective member of the board in question. However, based on our previous work, our opinion is that Crown agency boards in New Brunswick have not been proactive in providing such selection criteria to decision-makers, nor have they been asked to do so by decision-makers.

6.48 We did note one case where a Crown agency board is providing useful information to aid in the selection of new board members. Most new appointees to the Workplace Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC) board are recommended by stakeholder groups

and automatically approved by central government. To aid stakeholder groups in selecting good candidates, the directors of WHSCC have developed a document covering the duties and responsibilities of board members. The board does not provide selection criteria to the Department of Training and Employment Development at present but may do so in the future.

Remuneration

6.49 In general, serving on the board of directors of a New Brunswick Crown agency is seen as a public service. Remuneration is nominal and not an inducement to accept a board appointment, while duties are not dissimilar to those in the private sector, where directors are typically paid. We have been told by various representatives of Crown agencies that the lack of remuneration paid to directors does make it somewhat more difficult to attract people. It must be recognized that there is a trade-off between remuneration and the ability to attract the best available people to serve on Crown agency boards.

Representational appointments

6.50 As previously noted, one of the principles of selecting appointees for Crown agency boards in New Brunswick is that there be adequate regional, linguistic and gender representation on boards. This principle seems to be common in many jurisdictions we looked at during our work. However, we would caution that there is a trade-off in adopting this principle. Consider the following statement from John Carver.

> *... While gender, color, and ethnicity have a role to play in selection of members, choosing the "best" people has less to do with our ways of dividing up the human race than with the skills, personality and life experience that qualify a person for board leadership.*

6.51 We feel that the primary reason for appointing an individual to the board of a Crown agency must be because it is believed that individual will contribute to improved outcomes for the organization. New Brunswick citizens should expect no less. Inclusion for the sake of inclusion should not be a priority. Limiting particular appointments to specific groups of New Brunswick residents means limiting the field of potential appointees, thereby decreasing the chance that you will get the best person for the position being filled.

6.52 On the other hand, the inclusion of board members who represent particular stakeholder groups does bring important perspectives to the board table and may help boards better understand the needs of those groups. But this approach also means that the groups represented on the board are being given special status in comparison with other corporate stakeholders. In such a situation, boards must be careful to actively seek out the perspectives of unrepresented stakeholders, and not just assume that all important perspectives are already represented at the board table.

6.53 A related concern is created by the stipulation in certain enabling acts that some board members be selected by particular interest or stakeholder groups. The difficulty arises at the board table. Is the board member representing the best interests of the Crown agency (i.e. accountable to the responsible Minister) or the best interests of the group that appointed them (i.e. accountable to the appointing group)? Further, how can these conflicting accountabilities be reconciled? Board members might feel obliged to represent stakeholder interests rather than the best interests of the organization they serve. Consequently, these boards of directors may not be acting in the best interests of New Brunswick taxpayers.

6.54 A more qualifications-based, less representational, approach to selecting board members would put the onus on the board to get input from all stakeholder groups in governing the Crown agency. And indeed one of the key roles of any board of directors is developing a communication strategy for its organization, including strategies for getting feedback from stakeholders. In other words, a board that is governing effectively, no matter how its members are selected, will be reflecting stakeholder perspectives in the decisions it makes.

Recommendations - appointment of directors

6.55 We make the following recommendations related to the appointment of directors to Crown agency boards in New Brunswick:

- **Crown agency boards of directors should be providing responsible departments with selection criteria against which to evaluate candidates for board appointments.**

- **The level of compensation currently provided to board members should be reviewed to ensure it is sufficient to attract the best candidates to directorial positions and to adequately reward board members for their efforts.**

- **Selection of a Crown agency board member should be primarily based on the demonstrated ability of a candidate to contribute to improved outcomes for the organization, and not their membership in a particular stakeholder or demographic group.**

Timeliness and continuity of appointments in New Brunswick

6.56 As previously discussed, there is no central agency in New Brunswick that initiates Crown agency board renewal. Rather, individual departments must monitor the status of Crown agency boards for which they are responsible and take steps to fill board positions when necessary.

6.57 In our 2001 Report, paragraph 1.25, we noted that:

there were four government agencies that did not have a properly constituted Board of Directors. We found that the terms for the Directors of the New Brunswick Crop Insurance

Commission and Kings Landing Corporation had expired. The Kings Landing Corporation Board however continued to operate. And the Boards of the Youth Council of New Brunswick and the New Brunswick Public Libraries Foundation did not have sufficient members to constitute a quorum.

6.58 With so many departments involved in the appointment process, and in light of our previous observation, we decided to check to see whether current board appointments were up to date and whether the expiry dates of current directors' terms had been staggered to ensure continuity on the boards. In effect, we were checking for consistency between departments. We selected nine of the largest Crown agency boards for testing and were able to make a number of observations.

6.59 On a positive note, we found four Crown agency boards for which appointments were completely up-to-date and for which expiry dates had been adequately staggered to ensure continuity at the board table. (New Brunswick Investment Management Corporation, NB Power Corporation, the Workplace Health, Safety and Compensation Commission, and Service New Brunswick).

6.60 However, two of the nine Crown agencies had members sitting on their boards whose terms had expired. In one case, a member's term had expired in 2002. In a second, more serious case, there were only seven up-to-date appointments. Full complement for that board was fifteen members. Of the additional eight board positions, three were being covered by members whose terms had expired (one in 2000 and two in 1998). The other five positions were vacant.

6.61 The enabling legislation for one of the Crown agencies stated, "a member of the Board shall remain in office, notwithstanding the expiry of the member's term, until the member resigns or is reappointed or replaced." The other Crown agency had an equivalent clause. However, we feel that it is important to ensure board appointments are up to date, even where current members are willing to be re-appointed. Board renewal gives Executive Council the opportunity to review appointments to consider whether they continue to be appropriate.

6.62 In relation to board continuity, we noted that four of the nine Crown agencies will have all board members' terms expiring at or near the same time. Establishing a continuity of process and knowledge base within these boards will likely be difficult in the circumstances. The wholesale turnover of boards tends to reduce the effectiveness of governance, for instance through a loss of continuity where best practices have been established, and is a situation to be avoided if possible.

6.63 Our understanding is that the results we found actually represent an improvement over the situation in the past. There has been a conscious effort on the part of the Executive Council Office and responsible departments to improve the timeliness of board appointments. We also note that the Executive Council Office is in the process of developing an enhanced tracking system for board appointments that, among other things, will provide reminders to departments when expiry dates are approaching.

Recommendation – timeliness and continuity of board appointments

6.64 We make the following recommendation related to the timeliness and continuity of Crown agency board appointments in New Brunswick:

- **Processes should be established to ensure that the expiry dates of board appointments are staggered to ensure continuity on Crown agency boards.**

Corporate mandate and performance expectations

6.65 Regardless of how well qualified the members of a board of directors are, they cannot be effective if they do not have a thorough understanding of the mandate of their organization, the expectations of those to whom they are ultimately accountable (i.e. the corporate shareholder), and the enabling legislation that established their Crown agency in the first place. In particular, organizational mandate and shareholder expectations will be the basis for strategic leadership provided by the board of directors. In approving corporate strategies and priorities, boards of directors of Crown agencies must strike a balance between public policy and business objectives. Without a clear understanding of what they are being asked to achieve, selecting strategies and priorities can easily become an exercise in guesswork.

Shareholder's role in establishing mandate and performance expectations

6.66 So who are the shareholders for Crown agencies? Ultimately, they are the citizens of New Brunswick. The citizens of New Brunswick are represented by the Legislative Assembly. Ministers of the Crown are assigned responsibility for holding specific Crown agencies to account for their performance. Those Ministers, who are also representatives of the government of which they are a part, are in turn accountable to the Legislative Assembly for that performance.

Enabling legislation

6.67 Enabling legislation sets general guidelines for a Crown agency as well as detailing what services it is to provide and in some cases how it is to provide them. It also establishes some parameters around how the Crown agency is to be governed including the relationship between the Crown agency and central government. It also assigns responsibilities, and identifies the means through which accountability obligations are to be discharged.

Corporate mandate

6.68 The mandate of an organization is quite simply its reason for being. What business is it in? What products and services must it provide? Who are its customers? What level of performance is expected from it? What limitations are imposed on it? We feel that government

should ensure that a clear statement of corporate mandate has been developed for each Crown agency, ensuring that the needs and interests of New Brunswick citizens are adequately reflected in each case.

6.69 Some would argue that enabling legislation provides sufficient guidance to Crown agency boards relating to mandate. However, we feel that enabling legislation cannot provide a comprehensive guide in this area. For example, enabling legislation:

- is typically quite general;
- in many cases was drafted a number of years ago and so may not be completely up to date;
- makes no mention of key requirements from other provincial legislation; and
- usually does not contain an explicit purpose statement.

6.70 We therefore feel that additional direction is needed to ensure that the mandate statement is current and sufficiently detailed.

6.71 For example the *New Brunswick Liquor Corporation Act* states:

> *The purposes of the Corporation are to carry on the general business of manufacturing, buying, importing and selling liquor of every kind and description.*

6.72 It goes on to say:

> *The Board shall administer the affairs of the Corporation on a commercial basis and all decisions and actions of the Board are to be based on sound business practices.*

6.73 So, while the enabling legislation clearly states what the corporation is to do, it is lacking in some areas. For instance, it doesn't specify limitations on New Brunswick Liquor Corporation's (NBLC) ability to accomplish its purposes as defined in its enabling legislation even though some such limitations may be appropriate (e.g. acceptable promotional activities or marketing techniques). Also, the enabling legislation does not specify the performance expected. (e.g. Is NBLC intended to provide a net return to the Province from its operations?) We would also note that despite the purposes section of the Act quoted above, NBLC is not involved in the manufacture of liquor. The board of directors needs a thorough understanding of what the government expects of it in order to develop appropriate strategies. We feel that this understanding is best obtained from a single, comprehensive mandate document.

6.74 We feel that government has another responsibility in terms of mandate. Specifically, government should ensure that Crown agency mandates are regularly reviewed for continued relevance, including their public policy and financial objectives. In our opinion, there must be a strong rationale for why a program or group of programs is being managed separately by a Crown agency. For example, there is no clear language in the *New Brunswick Liquor Corporation Act* explaining why the four activities listed must be performed by the public sector. For instance, one might question why a Crown agency needs to be involved in the manufacture of liquor, a business in which there are many private-sector participants.

6.75 We are pleased to note that the current government of New Brunswick recently conducted a review of the mandates of all existing agencies, boards and commissions in the Province (i.e. the Agencies, Boards and Commissions (ABC) Review). The ABC review led to the windup of certain Crown agencies whose mandates were no longer considered relevant or did not fit into the framework established by current government strategies and priorities. However, we understand that it was a one time review and there are no plans to conduct regular, periodic reviews of the mandates of established New Brunswick Crown agencies in future. This creates the risk that some Crown agencies that have no relevance to public priorities will again be operating and using scarce public resources.

Government expectations

6.76 When we refer to government expectations, we are referring to the outcomes government expects Crown agencies to achieve. Government expectations may reflect such factors as government policies and priorities, service levels to be achieved and financial performance targets. Again, if government is to fulfil its role as the representative of New Brunswick citizens, it should regularly specify what outcomes are expected of Crown agencies. Setting performance targets cannot be left to the Crown agencies alone and it is not covered in any enabling legislation that we reviewed. For example, the government of New Brunswick has created a Prosperity Plan. One of the pillars of that plan is innovation, an area in which the New Brunswick Research and Productivity Council (RPC) has been involved since it was set up in the 1960s. So, an important step for the government to consider in order to ensure the successful implementation of that plan would be to provide organizations like RPC with the government's specific expectations relating to their involvement in achieving that Plan.

Ensuring compliance with legislation

6.77 We feel that government, and in particular responsible departments, has a responsibility for ensuring compliance with Crown agency enabling legislation. However, to the best of our knowledge, no one in government is monitoring compliance with Crown agency enabling legislation at present. Therefore, there is a risk that inappropriate actions could be taken by Crown agencies and not picked up by government. We believe that government should take steps to manage this risk.

Board of directors' understanding of mandate and government expectations

6.78 It is very important for the central government to ensure that Crown agency boards of directors understand and accept the mandate and performance expectations that have been developed for their Crown agency. A practical way to do this, and one that has been utilized by a number of public sector organizations across Canada including the New Brunswick Workplace Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC), is to develop a memorandum of understanding between the Crown agency and the department responsible for that Crown agency.

6.79 Despite the WHSCC example, the Province of New Brunswick has traditionally not done particularly well in communicating its understanding of the corporate mandate and performance expectations. Many representatives of Crown agencies we talked to indicated that communication with central government for purpose of determining government priorities has long been a problem area. In one case, a Crown agency representative indicated that they try to "read the tea leaves" to determine what government expects of them both in terms of mandate and performance.

Review of strategic and business plans

6.80 The development of a common understanding of mandate and government expectations by itself may not be effective in ensuring that government wishes are carried out by Crown agencies. Government should also ensure that Crown agency interpretations of legislation, mandate and government expectations are consistent with its own understanding. This may be done by reviewing and approving corporate strategic and business plans.

6.81 We feel that a review of Crown agency plans should include at least thorough consideration of the answers to the following questions:

- How has the agency interpreted its mandate and is it consistent with central government's understanding?
- Are the agency's objectives, strategies and targets appropriate?
- Have the agency's plans adequately reflected government policies and priorities?
- Does the agency's mandate still appear to be relevant in light of current government plans and priorities?
- Does the plan comply with Crown agency enabling legislation and other pertinent Acts?

6.82 There are a number of advantages to reviewing Crown agency plans on a regular basis.

- It allows government to have an ongoing dialogue with Crown agencies, thereby reducing the risk that a Crown agency will

misinterpret government priorities. A representative of the Executive Council Office indicated that the government advocates a top down approach to strategic planning within government. In other words departmental, and by extension Crown agency, strategic plans are to be based on provincial strategic priorities. The Executive Council Office also believes that performance measurement should primarily address government priorities like the Prosperity Plan. Therefore, it makes good sense for government to review Crown agency plans to ensure they reflect government priorities.

- It gives government an opportunity to revisit Crown agency mandates periodically to determine if they are still relevant.
- It may encourage Crown agencies, led by their boards of directors, to do a better job of corporate planning. In our governance work over the past number of years, we noted that some Crown agencies had strategic and business plans that were out of date and/or inadequate to meet their needs.

6.83 In our governance work, we have noted that while some Crown agency business plans were reviewed by the Board of Management, many were not. Crown agency strategic plans are not reviewed by Board of Management nor anyone else in central government.

6.84 Other governments are more proactive in reviewing the plans of their Crown agencies. For example, the federal *Financial Administration Act* includes the following requirement:

> *Each ... Crown corporation shall annually submit a corporate plan to the appropriate Minister for the approval of the Governor in Council. ... The corporate plan ... shall include a statement of*
>
> - *the objects or purposes for which the corporation is incorporated, ...*
> - *the corporation's objectives for the period to which the plan relates ...*

6.85 We feel that government review of Crown agency plans is a necessary step in order to ensure that Crown agencies have properly interpreted government priorities, and have therefore planned activities that will adequately address current public policy and financial objectives.

Recommendations - corporate mandate and government performance expectations

6.86 We make the following recommendations related to mandate and government performance expectations for Crown agencies:

- **Responsible departments should develop memoranda of understanding with Crown agencies to ensure that there are**

common understandings of the mandate and performance expectations government has set for the Crown agencies.

- **As a minimum, government (represented by Board of Management, the Policy and Priorities Committee, or a similar body) should review all Crown agency strategic and business plans on a regular basis to ensure that Crown agency interpretations of legislation, mandate and government expectations are consistent with its own understanding.**

- **Responsible departments should monitor Crown agency compliance with their own enabling legislation and other pertinent Acts to reduce the risk of inappropriate actions being taken.**

Governance roles and responsibilities

6.87 In order to have effective Crown agency governance, it is important that key governance players clearly understand their roles and responsibilities, as well as other aspects of the governance regime within which they are working.

Roles and responsibilities of government

6.88 The following is a list of the key duties of the shareholder of Crown agencies (i.e. the government of New Brunswick as represented by responsible Ministers) based upon best practices observed in other jurisdictions.

- Passing enabling legislation to set up Crown agencies and establish their mandates.

- Ensuring that appropriate Crown agency governance structures are in place.

- Recruiting and appointing board members.

- Maintaining ongoing dialogue with Crown agencies with regards to government policies, priorities and performance expectations.

- Ensuring that enabling legislation is being complied with.

- Ensuring that Crown agency boards and management are appropriately interpreting government direction in their plans and strategies.

- Ensuring that the directors of Crown boards understand the government's expectations of them.

- Ensuring that directors are given the training, guidance, and support to be effective Crown agency governors.

- Ensuring that accountability obligations of Crown boards of directors are being adequately discharged.

6.89 These roles and responsibilities are discussed in greater detail elsewhere in this chapter.

Roles and responsibilities of Crown agency boards of directors

6.90 We feel that effective boards of directors will have a clear sense of what they are trying to accomplish. An important step in focusing their efforts is to establish their roles and responsibilities as a board and clearly document them.

6.91 The following list is a summary of what we believe should be the key roles and responsibilities of Crown agency boards of directors in New Brunswick. This list was developed by referring to related documents prepared by organizations such as the Toronto Stock Exchange (TSX), the Canada Deposit Insurance Corporation, the Conference Board of Canada, CCAF/FCVI, and others, along with our knowledge of New Brunswick Crown agencies.

- To approve corporate strategic and business plans and monitor management's progress in achieving them.
- To ensure that principal risks to the Crown agency have been identified and are being adequately managed.
- To recruit, hire, monitor, and evaluate the performance of the CEO.
- To approve and monitor compliance with the organization's ethical standards.
- To ensure the integrity of the corporation's internal control and management information systems.
- To measure Crown agency performance and report regularly to the government and other stakeholders on that performance.
- To prepare and maintain documents that explain key aspects of governance for their Crown agency.
- To continuously strive to improve the effectiveness of governance being provided by their board.

Best practices in corporate governance

6.92 Performance of Crown agency boards of directors in New Brunswick in fulfilling the roles and responsibilities listed above has been somewhat mixed. There are some improvements that we feel are warranted.

6.93 In the sections that follow we discuss a number of best practices that we feel should be followed by all New Brunswick Crown agencies.

Crown agency boards' relationship with CEOs

6.94 The recruiting and hiring of CEOs for Crown agencies is a bone of contention in most jurisdictions in Canada, and New Brunswick is no exception. Many of the CEOs for New Brunswick Crown agencies are recruited and hired by central government.

6.95 The appointment of Crown agency CEOs by central government makes establishing normal accountability relationships very difficult. If a board cannot hire or fire their CEO, is the CEO really accountable to the board, or is that person accountable directly to government? And, if a board of directors is excluded from the accountability chain, does it really have any relevance in the decision-making process? We believe that all Crown agency boards should be responsible for hiring and, if necessary, firing their CEO.

6.96 Further, we do not feel that CEOs should be voting members of Crown agency boards of directors, as currently occurs in some cases. CEOs with voting rights at the board table are essentially being asked to be both managers and directors, effectively putting them in a conflict of interest situation. If CEOs are to be truly accountable to their board of directors, they must be entirely separate from that board.

6.97 We also feel that, to ensure management accountability, Crown agency boards should be evaluating the performance of their CEO against preset performance objectives on a regular (e.g. annual) basis. Again, this is not the case for all Crown agencies in the Province.

Crown agency ethical standards

6.98 One of the recognized responsibilities of boards of directors is to ensure that ethical standards (e.g. conflict of interest) are in place and being complied with. Typically, this means the approval of a code of ethics and the ongoing monitoring of compliance with that code. In our reviews of various Crown agencies, we noted that not all boards of directors had approved ethical standards for their agency.

Audit committees

6.99 One of the key responsibilities of Crown agency boards of directors that we identified above is ensuring the integrity of the corporation's internal control and management information systems. This responsibility has also been described as a board's stewardship responsibility. In other words, Crown agency boards of directors have been entrusted by government with valuable assets for which they must be good stewards.

6.100 In order to act as good stewards, boards of directors need to assure themselves that management controls effectively reduce key risks (e.g. loss of assets) to an acceptable level. They must also assure themselves that the management information systems that produce the information on which they base their decisions are reliable. Finally, they must assure themselves that the third-party information and assurances on which they are relying are truly being developed independent of management.

6.101 A tool used by many boards of directors in both the public and private sectors is the audit committee. In fact, the federal *Financial Administration Act* requires that most federal Crown agencies have an audit committee. Also, TSX listing standards require that all publicly-traded companies have an audit committee in place, and further that all members of that committee be "financially literate." An audit committee allows for a more in-depth review of the effectiveness of controls in place than is possible at meetings of the full board.

6.102 There are a few New Brunswick Crown agencies that have audit committees including NB Power and Kings Landing Corporation. There may also be other Crown agencies with alternately-named committees that fulfil the same function. Most New Brunswick Crown agencies are required to have annual financial audits performed by independent auditors, and it is our belief that most Crown agency boards of directors in the Province rely heavily, and in many cases exclusively, on the assurances of their financial auditor in attempting to fulfil their stewardship responsibility. However, because of the limited effectiveness of external audits in identifying control weaknesses and other serious problems such as fraud and exposure to risk, additional steps should be taken.

6.103 Some Crown agencies, for example the New Brunswick Liquor Corporation, do have internal auditors that report directly to boards of directors, providing a more in depth look at control systems than would otherwise be the case. However, many Crown agencies do not have internal auditors on staff.

6.104 Consequently, we feel that Crown agency boards of directors should seriously consider establishing audit committees to provide additional focus on the boards' stewardship role. The initial focus of those audit committees might well be to find solutions to deal with the lack of stewardship information currently being provided to New Brunswick Crown agency boards, as discussed in the "Governance and Accountability Information" section later in this chapter.

Governance documentation

6.105 Most of the Crown agencies we examined in our governance work over the past number of years shared a common weakness: corporate documentation describing the following key aspects of Crown agency governance was weak or did not exist.

- The governance and accountability structure of the Crown agency.
- Governance processes and standards to be followed, including the performance requirements set for individual board members.
- The relative roles and responsibilities of government, the board of directors, and management.

- An agreement between the Crown agency and the responsible Minister as to how important aspects of governance are to be handled.

6.106 We feel that documenting these key aspects of governance is critical to the effectiveness of the board, as well as that of government and management in carrying out their respective roles and responsibilities for the Crown agency. There are several reasons for our opinion. First, there is constant and often rapid turnover of board members, government representatives and management of Crown agencies. Consequently, it is very important for continuity purposes to document understandings that have been achieved for the reference of newly appointed individuals. Second, the documents provide clarity to all key governance players. Third, documented understandings can become de facto performance contracts against which responsible parties can be held accountable.

6.107 We are aware of at least one Crown agency within the Province, the Workplace Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC), that has created a comprehensive governance document. WHSCC also has a two-part agreement with the Department of Training and Employment Development that establishes the division of roles, responsibilities, and accountabilities between WHSCC and central government. However, to the best of our knowledge, most New Brunswick Crown agency boards have not developed such documentation.

Ongoing dialogue on governance issues

6.108 It is very important that boards of directors have an ongoing focus on governance issues at the board table. Further, we feel that it is critical that directors be very familiar with the documents on which board governance is based and consider their continued applicability often. The Bank of Montreal has provided the following advice:

> *Ensure frequent dialogue on governance with the full board. Continuously recognize that governance must constantly evolve, as the corporation changes and new stakeholder expectations arise.*

6.109 A WHSCC representative also advised that it is not enough to create governance documents. A board has to "live" the documents and review them regularly to ensure they still meet the needs of the board. We would note that there appears to have been more attention paid to governance practices at some New Brunswick Crown agencies over the past few years. However, it is our belief that few boards focus on governance issues as part of their regular deliberations.

Board evaluation

6.110 An area in which best practices have evolved significantly in recent years is in the area of board evaluation. Not only are boards of directors starting to perform regular self-evaluations of their effectiveness, but they are also starting to perform regular evaluations of

the performance of individual board members, i.e. peer reviews. The Conference Board of Canada recently indicated that "evaluating the performance of boards as a whole and the contribution of individual directors" is an emerging issue in the roles and responsibilities of directors.

6.111 We were pleased to note that the WHSCC is currently doing board effectiveness evaluations. However, most Crown agency boards have not yet begun to self-assess the performance of either their board as a whole or individual board members.

Recommendations - governance roles and responsibilities

6.112 We make the following recommendations related to governance roles and responsibilities:

- **All Crown agency boards should negotiate and document a memorandum of understanding between their Crown agency and the responsible Minister as to how important aspects of governance are to be handled, the relative responsibilities of key governance players, etc.**

- **All Crown agency boards should be given responsibility for recruiting and hiring the CEOs for their agencies. They should also review the performance of their CEO on a regular basis.**

- **All Crown agency boards should ensure that ethical standards have been established for their agency and that there is a system in place to monitor compliance with those standards.**

- **All Crown agency boards should seriously consider establishing an audit committee to provide additional focus to the board's review of the integrity of the agency's internal control and management information systems.**

- **All Crown agency boards should prepare a governance statement for the reference of board members that describes:**

  - **the governance and accountability structure of the Crown agency;**

  - **governance processes and standards that are being followed, including the requirements made of individual board members; and**

  - **the roles and responsibilities of government, the board of directors, and management.**

- **The governance statement should be reviewed regularly and updated as necessary.**

- **All Crown agency boards should conduct, as a minimum, regular self-evaluations of their board's effectiveness. They should also consider conducting regular reviews of the performance of individual board members.**

Guidance and support for Crown agency boards of directors

6.113 David Golden, the former Chairman of the Board of Telesat Canada, has related the following story about the difficulties that can be encountered by new board members:

> *One major shareholder asked a very experienced, very capable engineer who was part-owner and senior manager of a very successful privately owned construction company to become a director of a corporation. As an engineer and a successful businessman, everything was going just great. He came up to me after the first meeting and said, "I haven't the faintest idea of what is expected of me as a director of a company, and I am either going to have to brush up on it or maybe you will tell me what is expected of me. I am lost."*

6.114 We suspect that for many new appointees to New Brunswick Crown agency boards, this is also the case. It is not that they are not competent. It is simply the case that most people do not have any knowledge about what is required to be an effective director.

6.115 Serving as a member of a board of directors is not something that most appointees are prepared for by their previous experiences. As Crown agency directors, they must have a good understanding of their organization's mandate, business, and the needs of its shareholder, customers and stakeholders. They must clearly understand their roles, responsibilities, and accountabilities as directors. And they must have a good working knowledge of the principles of good governance, an area where many of the recognized best practices have changed a lot in recent years. If directors do not have adequate knowledge in all three areas, the effectiveness of governance they can provide is likely to be compromised. Appropriate knowledge of these three areas provides a basis for everything else that they will be doing as governors of the organization.

6.116 We have covered the ways in which directors inform themselves about the needs of their shareholders and their roles and responsibilities as directors. In the following sections, we cover the other types of knowledge they need.

Governance standards

6.117 Boards that have developed a comprehensive governance statement have often set most of the governance standards their board members need to know about. However, few New Brunswick Crown agency boards have governance statements. The situation is the same in many other jurisdictions.

6.118 In a number of cases outside of New Brunswick, governments and other organizations have tried to fill the void by establishing multi-organizational governance standards upon which board governance practices are to be based. Their goal is to provide a higher overall standard of governance by setting standards based upon accepted best practices. It is perhaps also an attempt to do some of the development work for boards of directors, thereby making it easier for them to adopt appropriate governance standards.

6.119 The Treasury Board of Canada recently published a document, Directors of Crown Corporations: An Introductory Guide to Their Roles and Responsibilities. This document was specifically developed for the benefit of new directors. It states:

> *This Guide addresses an important aspect of corporate governance – the roles and responsibilities of the Crown corporations director. As a Guide, it presents an introductory overview of a director's role and other general information primarily intended to meet the needs of new appointees to the boards of federal Crown corporations.*
>
> *Instead of addressing all of the director's roles and responsibilities, the Guide focuses on four primary responsibilities: establishing the corporation's strategic direction, safeguarding the corporation's resources, monitoring corporate performance, and reporting to the Crown.*

6.120 In 2002, the Treasury Board of the Government of Newfoundland and Labrador issued Excellence in Governance – A Handbook for Public Sector Bodies. Opening comments in that handbook included the following.

> *This handbook is designed to assist members of public bodies understand some of the key aspects of their role and the vital contribution boards, in general, make in all sectors of Newfoundland and Labrador society. For those who are contemplating accepting an appointment to a public body or running for election I believe this handbook will support you as you make your decision. For those who are already members this handbook should clarify the expectations of the role.*

6.121 The handbook covers the following key governance areas:

- governing body - provincial government relationships;
- overview of governance;
- orientation of board members;
- roles and responsibilities of board members;
- board decision-making;

- strategic planning;
- evaluation of the board and CEO; and
- board reporting.

6.122 Other organizations that have created governance standards include:

- the Toronto Stock Exchange (TSX);
- the Department of Health of the Province of Alberta;
- the Canada Deposit Insurance Corporation (CDIC); and
- the Crown Investments Corporation of Saskatchewan (CIC).

Crown agency coordinating organizations

6.123 Creation of a governance policy or framework is a good first step. However, unless the creator of the policy has some way to ensure compliance (e.g. as a final measure, TSX may de-list companies that do not comply with its guidelines) it may not result in improved governance practices. Certain jurisdictions have assigned Crown agency coordinating organizations the responsibility for overseeing the governance function at Crown agencies. Examples and some information on their roles follow.

The Crown Agencies Secretariat - Office of the Premier - Government of British Columbia

6.124 The Crown Agencies Secretariat (CAS) has been charged, "with responsibility for strategically overseeing the system of Crown agencies (Crown corporations and agencies, boards and commissions) in British Columbia and proactively providing government and Crown agencies with the advice, information, and support necessary to promote good governance, continuous improvement and accountability for results. CAS's goal is to develop (and maintain) a highly accountable, efficient and effective system of Crown agencies in British Columbia."

The Crown Investments Corporation of Saskatchewan

6.125 The current mandate of the Crown Investments Corporation (CIC) was established in 1993 by the *Crown Corporations Act*.

6.126 The main duties of the corporation are to:

- *establish the strategic direction for subsidiary Crown corporations through effective governance and performance management;*
- *manage prudently its diversified portfolio of commercially viable investments; and*
- *enhance Saskatchewan's long term economic growth and diversification through investments and Crown corporations.*

6.127 In meeting its objects and purposes, CIC is responsible to the Lieutenant-Governor in Council for all matters relating to the following:

- the review and evaluation of the objectives, goals, revenues, expenses, expenditures, investments and operating results of subsidiary Crown corporations;

- the administrative policy and management practices and systems of subsidiary Crown corporations;
- the accounting policies and practices of subsidiary Crown corporations; and
- the financial relationships between subsidiary Crown corporations and the Government of Saskatchewan.

Training – knowledge of governance best practices

6.128 In our work on New Brunswick Crown agency governance, we noted that many directors were not familiar with a lot of the new governance literature available or the best practices of modern governance. Also, in general, they were not being provided with any developmental opportunities that would have allowed them to increase their knowledge in this area. We understand that the NB Healthcare Association does provide governance training to the boards of NB Healthcare Association members (i.e. Regional Health Authorities). Also, the board of the WHSCC has access to governance training through the Association of Workers' Compensation Boards of Canada. However, in general, we feel that Crown agency board members in New Brunswick need better access to appropriate governance training opportunities and guidance to fulfil their potential as effective board members. Representatives of various Crown agency boards we have talked to have supported this opinion. In our opinion attendance at training sessions should be made a mandatory part of accepting a board appointment.

Guidance and support in the Province of New Brunswick

6.129 In New Brunswick, there is currently no central government organization providing support to, monitoring, or otherwise concerning itself with governance and accountability at provincial Crown agencies. Instead, individual Ministers and their departments are given responsibility for the governance and accountability of specific Crown agencies. As a result, consistency between Crown agencies in these areas is lacking.

6.130 The Executive Council Office has taken a coordinating role on initiatives relating to departments; for example, they recently sponsored a clinic on strategic planning that was open to all departments. They feel that this is in keeping with their role of serving ministers of the Crown. They plan to do more such sessions in the future, particularly as a communication tool for government policies and priorities.

6.131 In our opinion, given their stated responsibility of serving ministers, we feel that a strong argument could be made for extending the Executive Council Office's coordinating role to include guidance and support for Crown agencies. Some of the valuable functions they could provide might include:

- setting and periodically updating governance standards for use by all New Brunswick Crown agencies;

- monitoring compliance with those governance standards;
- providing guidance to Crown agencies in the application of those governance standards;
- providing governance training opportunities for Crown agency directors;
- communicating the shareholder's perspective, government priorities (e.g. the Prosperity Plan), and emerging issues to Crown agencies; and
- providing independent advice to Cabinet, Ministers, boards and/or CEOs on Crown agency mandates, direction, plans, and performance, as requested.

Recommendations - guidance and support for Crown agency boards of directors

6.132 We make the following recommendation related to guidance and support for Crown agency boards of directors:

- **The Executive Council Office's coordinating role should be expanded to include providing guidance and support to Crown agencies in some or all of the following areas:**
  - **setting and periodically updating governance standards for use by all New Brunswick Crown agencies;**
  - **monitoring compliance with those governance standards;**
  - **providing guidance to Crown agencies in the application of those governance standards;**
  - **providing governance training opportunities for Crown agency directors;**
  - **communicating the shareholder's perspective, government priorities, and emerging issues to Crown agencies;**
  - **providing independent advice to Cabinet, Ministers, boards and/or CEOs on Crown agency mandates, direction, plans, and performance, as requested; and**
  - **identifying and coordinating major Crown agency policy issues and projects as required.**

Information about Crown agency operations

6.133 In general, we have found that directors of New Brunswick Crown agencies are getting sufficient information about how their Crown agencies operate. Consequently, we will make no further comments in this area. However, we do have concerns about the clarity of Crown agency mandates as previously discussed. Additionally, weaknesses in the governance information provided by management to

boards of directors relating to ongoing operations of Crown agencies is discussed in the next section of this chapter.

Governance and accountability information

6.134 Evaluating the quality of board members, and the resulting effectiveness of the governance they provide, is difficult. However, we feel that one good indicator of the effectiveness of governance is the quality of annual reporting.

Accountability reporting in New Brunswick

6.135 Effective June 1991, the Province of New Brunswick adopted an annual report policy for government departments and Crown agencies. It establishes certain requirements regarding the form and content of annual reports. The policy defines the prime function of an annual report to be "the major accountability document by departments and agencies for the Legislative Assembly and the general public. It serves as the key public link between the objectives and plans of a government entity and the results obtained."

6.136 It goes on to state:

> *To the degree possible, departments and agencies should give a clear account of goals, objectives and performance indicators. The report should show the extent to which a program continues to be relevant, how well the organization performed in achieving its plans and how well a program was accepted by its client groups.*

6.137 Consequently, boards of directors may discharge their accountability obligation by providing an annual report to the responsible Minister. This seems to be well understood by all parties, as demonstrated by the fact that Crown agency annual reports are signed by the board chair and addressed to the responsible Minister. Annual reports are forwarded to legislators and made available to the public.

6.138 We feel that if Crown boards do not take ownership of the corporate annual report and ensure that it does serve as a comprehensive performance report, they are not adequately discharging their accountability obligation. This in turn can lead to a perception that the board may have little relevance in the success of its Crown agency.

6.139 Some of the best practices in annual reporting among New Brunswick Crown agencies are discussed later in this chapter. It is reasonable to assume that Crown agencies like the Workplace Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC), NB Power, and the New Brunswick Research and Productivity Council (RPC), that have developed annual reports that serve as good accountability documents, also have reasonably effective board governance. However, that is not to say that other New Brunswick Crown agency boards do not govern effectively. They may just not be putting their best foot forward with the annual reports they are currently presenting.

6.140 The Crown Corporations Committee, representing all legislators in their role as reviewer of Crown agency annual reports and financial statements, needs to scrutinize the information presented by a Crown agency thoroughly and compare it with previously presented strategic plans, business plans, and performance targets. Where accountability for performance against plans cannot be clearly established with the information provided, Committee members should request that additional information be provided. And in fact, they have done this.

6.141 Our Office has conducted a number of reviews of annual reports prepared by Crown agencies since the annual report policy was adopted. In our experience, the quality of annual reporting by Crown agencies in comparison with the requirements of the policy has been mixed. Some Crown agencies have attempted to comply with the spirit of the policy, but many have not.

6.142 The Executive Council Office has been assigned responsibility for monitoring compliance with the policy. However, it only checks to ensure that annual reports have been tabled in the Legislative Assembly. It does not review the contents of those reports or otherwise enforce compliance.

6.143 We feel that Crown agency boards could improve the value of their annual reports as accountability documents by ensuring that they are fully complying with the annual report policy. We also feel that there should be better linkage between annual reporting by Crown agencies and government priorities and initiatives. Among other things, this would speak to the continued relevance of programs and services provided by the Crown agency. For example, a Crown agency board would go a long way to establishing its continued relevance by reporting the successes of its agency in supporting the achievement of the government's Prosperity Plan.

Description of corporate governance practices

6.144 Providing information on corporate governance practices gives the reader of an annual report a better understanding of what the board of directors has committed to do, thereby increasing the value of the annual report as an accountability document. There is currently no requirement in the New Brunswick annual report policy that such a statement of corporate governance practices be included in Crown agency annual reports. By comparison, federal Department of Finance and Treasury Board Guidelines do require that:

> *Each Crown corporation should include a description and assessment of its corporate governance policies and practices in its annual report.*

Best practices in performance reporting in New Brunswick

6.145 There are a few examples of New Brunswick Crown agencies that provide good models for other Crowns agency boards wishing to improve the value of their annual reports as accountability documents.

Workplace Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC)

6.146 The most recent WHSCC annual report appears to capture the spirit of the annual report policy as well as any Crown agency in New Brunswick. The body of the report is divided up by strategic goal, rather than the typical functional area layout, and describes performance indicators, targets and actual results within that framework. This allows the reader to assess the success of the Commission in achieving individual strategic goals and in evaluating actual versus planned performance. In fact, a Commission representative indicated that they see their current annual report as fully satisfying their responsibility to be accountable to government.

New Brunswick Research and Productivity Council (RPC)

6.147 RPC was the first New Brunswick Crown agency to adopt the annual report policy in a comprehensive manner. As with WHSCC, the reporting focuses on performance measures and success in achieving strategic goals. Of note is the honesty of the reporting. Where targets have not been achieved, this is acknowledged openly. An often-cited concern of senior Crown agency officials that is that reporting bad results will only lead to sanctions from central government. However, we are not aware of negative repercussions to RPC as a result of this honesty.

NB Power Corporation

6.148 Again, this report is quite well laid out. What is refreshingly unique is that the annual report includes an entire section detailing the board's approach to corporate governance. This section provides a good summary of many of the current "best practices" in corporate governance that we have discussed in this chapter.

Information provided to boards by Crown agency management (CEO)

6.149 Information presented in annual reports is not created by boards of directors. It is typically a summary of information captured by corporate information systems under the control of management. A somewhat broader summary of that information is provided to boards of directors by management for their use in fulfilling their role as corporate governors. So, in general it can be assumed that the board of directors of a Crown agency with a good annual report will have access to good governance information as well. However, they do have to ask for it. They cannot assume that management will necessarily know the right information to provide. And, at the board table, having access to the right information is critical in allowing boards of directors to effectively carry out their roles and responsibilities.

6.150 We have noted a number of problems with governance information being provided to New Brunswick Crown agency boards of directors by management. For example:

- Information provided by management is often purely financial. Service-related information is rarely reported regularly, even though most Crown agencies have service-related and not financial or business mandates.

- There is typically little or no linkage between corporate goals, objectives and targets created in strategic and business planning exercises, and what is reported to the board.
- There is typically little or no regular reporting relating to management compliance with board policies.
- Superfluous information is often provided to boards, sometimes drawing them into decision-making that should be left to management.
- Too much information is provided to boards to allow them to easily identify and focus in on that which should be considered "key."

Recommendations re governance and accountability reporting

6.151 We make the following recommendations related to governance and accountability reporting:

- **The Executive Council Office should be monitoring Crown agency annual reports to ensure that the government annual report policy is being complied with.**
- **The government annual report policy should be amended to include the following two additional requirements:**
  - **that Crown agency annual reports include, where applicable, reference to the Crown agency's involvement in supporting the success of current government priorities and initiatives; and**
  - **that Crown agency annual reports should include a statement of governance practices similar to that shown in the 2002 NB Power Corporation annual report.**
- **Periodically, all New Brunswick Crown agency boards of directors should look critically at reporting they receive regularly from management. Specifically, each board should ensure:**
  - **that reports presented are useful and sufficient to allow the effective discharge of all of the board's roles and responsibilities as Crown agency governors. For example, information used by the board to monitor corporate performance should address both financial and service goals and be clearly linked to approved plans;**
  - **that information that is not used by the board is deleted from management reporting; and**

- **that reports are organized for ease of reference by board members in their deliberations.**

Comments from the Executive Council Office

6.152 We provided a copy of our summary report on Crown agency governance to the Executive Council Office. They provided a detailed response to our observations and recommendations. In addition, they made the following general comments:

> *We find that the report provides a thorough discussion of the characteristics and principles of good governance. We agree, fundamentally, with the conclusions drawn respecting the importance of good governance in the context of Crown agencies, and with the principles underlying many of the report's recommendations. In support of such principles, the Government has, already in place, a number of mechanisms intended to encourage good governance practices in Crown agencies. And, as resources allow, we continue to pursue improvements in the areas of accountability and effective board performance.*
>
> *We find that some of the report's recommendations make suggestions about how certain principles of good governmance might be operationalized. While we are able to support most of the objectives, we have concerns with respect to some of the recommended administrative or organizational methods for achieving the objectives. This is particularly the case as it related to recommendations for Executive Council Office to assume a more direct role in guiding and supporting Crown agency boards.*
>
> *We appreciate the report's value in identifying gaps and will consider how this information can be used to continue the Government's movement towards greater accountability, effective Crown agency performance, and the protection of the public interest.*

Chapter 7
Follow-up on Prior Years' Audit Work

Contents

Background 145
Scope 145
1999 recommendations 147
2000 recommendations 156
2001 recommendations 162

Follow-up on Prior Years' Audit Work

Background

7.1 Our policy is to track the disposition of our recommendations for a period of four years after they first appear in our Report.

7.2 We do not prepare an update after the first year as we wish to provide the departments and agencies the opportunity to take action. After years two, three and four we prepare a status report, which shows the success achieved in meeting the recommendations.

7.3 This follow-up process provides us with the information necessary to measure our success in achieving one of the three goals we have set for the Office:

> *Departments and agencies accept and implement our recommendations.*

7.4 We believe that the actions taken in response to our recommendations are an indicator of the value that we add in promoting productive, open and answerable government.

7.5 In preparing the information in this chapter, we request written updates from the respective departments and agencies. We follow up on these updates by meeting with appropriate officials in each department or agency to review the action described in the updates.

Scope

7.6 This chapter includes an update on our 1999 and 2000 recommendations and for the first time we present an update on our 2001 recommendations. In prior years we disclosed that a number of recommendations from the 1999 and 2000 years had been accepted and implemented, or, in some cases recommendations had been disagreed with. The details of these recommendations are not carried forward to this Report.

7.7 There are three types of recommendations that will not be updated in this follow-up chapter:

- those that were accepted and implemented in the same year as the recommendation is made;

- those that require no specific future action on the part of the department or agency; and
- those that are now irrelevant due to changes in government or government programs.

7.8 The reason some recommendations do not require future action is that they are directed to a specific situation, time or event. Although the recommendations have a value in future decisions or actions, the time is past to address the specific situation identified in the audit. While these types of recommendations are not tracked in this chapter, it should be clear that they can have general application to government processes and can result in future improvements.

7.9 This chapter refers to the original recommendations made by our Office and provides a current update. We do not refer to recommendations in full detail. So in order to fully understand the issues that gave rise to our original recommendations, it may be necessary for the reader to refer to the Auditor General's Report where we first discussed the audit and our findings.

Summary of the audits covered in this chapter.

Department/Agency	Audit area	1999	2000	2001
Environment and Local Government	Tire Stewardship	x		
Various departments	Contract Administration	x		
New Brunswick Liquor Corporation	Governance	x		
Health and Wellness	Food Safety	x		
Agriculture, Fisheries and Aquaculture	Review of Legislation		x	
Environment and Local Government and Health and Wellness	Domestic Well Water Quality		x	
Natural Resources and Energy	Private Forest Lands		x	
Supply and Services	Land Management Fund		x	
Transportation	Engineering Consulting and Road Construction Materials		x	
Office of the Comptroller	Provincial Financial Accounting System		x	
Education	Pupil Transportation			x
Health and Wellness and Family and Community Services	Prescription Drug Program			x
Natural Resources and Energy	Crown Lands Management			x
Public Safety	High Risk Drivers			x
Supply and Services	Provincial Archives of New Brunswick			x
Supply and Services	Purchasing			x
Supply and Services	Contracts for IT Professionals			x
Agriculture, Fisheries and Aquaculture	Audit of Controls			x
Environment and Local Government	Local Service Districts			x
Finance	Review of Oracle Accounts Receivable System			x
New Brunswick Distance Education Network Inc.	TeleEducation			x

The following chart shows the total number of recommendations made for each year. It also shows how many have been implemented and partially implemented.

Audit year	Recommendations			
	Total	Implemented	Partially Implemented	Percentage
1999	99	42	20	63
2000	92	38	28	72
2001	190	100	37	72
Total	381	180	85	70

7.10 Responsibilities assigned to departments and agencies can change from time to time, as can their names. For the purposes of this chapter, we refer to the department or agency that is currently responsible for the audit area.

1999 recommendations

7.11 This is the last year we will be updating the outstanding recommendations from the 1999 Report. It is the third consecutive year in which an update has been presented. The emphasis on our reporting this year will be on the 1999 recommendations that have not been implemented.

Department of the Environment and Local Government

Tire stewardship

7.12 The environmental dangers associated with the storage or disposal of waste tires are well known. We examined the planning and implementation aspects of the Tire Stewardship Program in New Brunswick. We also examined the operation of the program up to 31 March 1999. Eleven recommendations were presented to the Department of the Environment and Local Government at the conclusion of the audit.

7.13 All but three of the recommendations have been implemented. An update on the three remaining recommendations has been prepared.

7.14 We recommended the Tire Stewardship Board initiate a study to analyse the issues surrounding the growing liability for accrued processing fees.

7.15 The accrued processing fees are to be paid to the Tire Recycling Atlantic Canada Corporation (TRACC) when products containing recycled materials are sold by the Board. As inventories of recycled materials grow, so does the liability. An effective recycling program would see the balance remaining constant. In our 1999 audit we saw evidence that the liability was growing rapidly.

7.16 The liability reported in the audited financial statements of the Tire Stewardship Board has declined steadily over the past few years. In 1999 we reported that the balance at one time had been valued in excess of $1,700,000. The latest information shows that the balance has now been reduced to $225,000.

7.17 However, there were other questions raised in our audit. For example, we were concerned that the amount of the liability was not consistent with the inventory levels. We also asked why the financial statement liability continued to grow when the number of tires remained fairly constant. As well the Board was actively working on HST requirements, a matter that could reflect on the existing fee. No study was conducted to address these issues. The Department indicated to us, this year, that they will conduct follow-up on these issues.

7.18 We recommended the Department and the Fire Marshal develop a comprehensive plan that identifies who will inspect TRACC for the various legislated and contractual requirements.

7.19 As reported last year, the Department indicated that it will continue to inspect the TRACC facility, as required, to ensure compliance with the approval to operate. It also indicated that the Fire Marshal's Office will continue to provide technical support. However, no comprehensive plan has yet been developed. Without a formal commitment in place for inspection, we conclude that the recommendation has not been fully implemented.

7.20 We recommended that the Department and the Fire Marshal work together to co-ordinate the scheduling, reporting and corrective action of all inspections of TRACC as required.

7.21 We reported in the past that there has been evidence of communication between the two parties in inspections. However, the organization of an established and co-ordinated plan for scheduling, reporting and taking corrective action on inspections did not take place.

Contract administration

7.22 It was readily apparent from our work and our findings in our 1997 and 1998 annual Reports that contracts between the Province and its suppliers are very important. More and more services were being delivered by the private sector and many contracts have lives extending over multiple fiscal years. The objective of this audit was to determine what systems were in place to ensure contracts were being administered in accordance with negotiated terms and conditions. We examined eight departments in making this assessment.

7.23 The following four recommendations remain only partially addressed, as we comment on the status of recommendations for the final time. The first recommendation is general in nature.

7.24 A registry of contracts should exist at either the responsibility centre or departmental level. This registry should include information on key financial and non-financial undertakings and be organized in a manner which permits effective review and follow-up.

7.25 As stated last year, we found that a mixture of practices existed in the departments. While we had hoped to see a requirement that all departments maintain a registry, this has not happened.

7.26 The remaining three recommendations relate to the Department of Family and Community Services.

7.27 The Department reported last year that a targeted implementation date of 31 March 2003 had been set for the following three partially implemented recommendations. This year we were informed that the implementation date has been moved to 1 April 2004.

7.28 Where a purchase of service contract is implemented, the Department should obtain relevant and complete information that can be used to assess contractor performance.

7.29 The Department should ensure that the information obtained from contractors for use in assessing performance is reliable.

7.30 The Department needs to implement a more structured, proactive approach to ensure that services being provided by suppliers meet quality and other standards as specified in its contracts. This would include providing regular feedback to contractors on the satisfaction with their services.

New Brunswick Liquor Corporation

Governance

7.31 We believe that promoting accountability is the most important part of our work. We also believe that appropriate accountability processes cannot be established in Crown agencies unless effective governance structures and processes are in place and functioning. We conducted an in-depth review of the governance and accountability structures in place at the New Brunswick Liquor Corporation (NBLC) and reported a total of nineteen recommendations at the conclusion of our work.

7.32 As reported last year, the Board of Directors agreed with only six of the recommendations but they promised to take the necessary action to adopt these. Due to unforeseen circumstances, we were unable to complete the follow-up work in time to report the results last year. The follow-up was subsequently completed and we can report that the following five recommendations have been implemented.

7.33 We recommended that the Board prepare Board member and chair profiles and provide them to decision-makers when Board vacancies are to be filled.

7.34 We recommended that the existing corporate Standards of Conduct policy be extended to cover Board members.

7.35 **We recommended that the Board carefully consider its roles and responsibilities and document a Board position description that clearly summarizes them.**

7.36 **We recommended that Board members of NBLC familiarize themselves with at least some of the governance publications referred to in our audit report. This could be achieved by providing group presentations to the Board, or through individual review of these publications.**

7.37 **We also recommended that, as a minimum, summary level Internal Audit Group reports be provided regularly to all Board members for their review.**

7.38 The following recommendation has been partially implemented.

7.39 **We recommended that the Board take ownership of the NBLC annual report as the vehicle through which it discharges its accountability obligation to the Minister of Finance.**

7.40 We were disappointed to learn that the Board disagreed with the following thirteen recommendations, which were made with the intent of improving the accountability and performance of the Corporation.

7.41 **We recommended that consideration be given to having the CEO continue as an ex-officio member of the Board, but on a non-voting basis. This could be done by a change in legislation.**

7.42 **We recommended that the Board conduct formal annual self-assessments of its performance.**

7.43 **We recommended that it be clearly established what the Board of NBLC is accountable for, to whom they are accountable, and how that accountability obligation is to be discharged. This would be most appropriately done through legislation.**

7.44 **We recommended that the Board include in their roles and responsibilities document, a description of what they are accountable for, to whom they are accountable, and how that accountability obligation is to be discharged.**

7.45 **The Board should promote a strategic planning process that: develops a clear and concise mission statement; develops an explicit list of strategic objectives for the corporation; develops performance indicators for each of the strategic objectives; and develops a plan for how performance indicators are to be measured, evaluated, and reported.**

7.46 Performance results should be reported through the corporate annual report.

7.47 The master operating plan should identify annual performance targets for each performance indicator identified in the corporate strategic plan.

7.48 We recommended that the Board reconsider its informational needs. It appears that additional or repackaged information would be appropriate to aid the Board in assessing management progress in achieving plans, in ensuring that corporate assets are not subject to undue risk, and in ensuring that corporate policies are complied with. Additional information needed should be requested of management.

7.49 We recommended that the Board select and recommend to the Lieutenant-Governor in Council, future candidates for the position of NBLC CEO, in compliance with the *New Brunswick Liquor Corporation Act*. Alternatively, the Act should be changed to reflect actual practice.

7.50 We recommended that the Board perform a formal performance appraisal of the CEO on an annual basis. All Board members should be given the opportunity to provide input into the process.

7.51 We recommended that a job description for the CEO be prepared.

7.52 We recommended that the annual report be modified to comply with the provincial annual report policy.

7.53 We recommended that the NBLC Board chair appear annually before the Crown Corporations Committee along with the CEO.

7.54 We have been recently informed by the chair of the current Board that in the past year the Board has approved a new mission statement and a five-year strategic plan with goals, objectives and specific strategies. He also informed us that they are planning further changes to promote effective board governance and provide greater accountability.

Department of Health and Wellness

Food safety

7.55 Following our theme of safety, we conducted an audit of the systems and practices in place that ensure food service establishments in the Province are complying with food safety standards. In total we made thirty-six recommendations to the Department.

7.56 While the Department's response to our recommendations was generally positive, only four recommendations have been implemented since the audit was conducted in 1999. No recommendations were implemented in the 2002-2003 year. This leaves a large number of recommendations that are still awaiting departmental action.

7.57 The Department reports that the completion of new legislation is delaying the advancement of the food safety program and the implementation of our recommendations. In 2001, when we first revisited the Department to discuss their progress in implementing the audit recommendations, the Department indicated that the changes to legislation were expected to be completed in the fall of 2001 and the Food Program Policy and Guidelines were expected to be implemented in 2002. In 2002, when we updated the Department's progress for the second time, the Department reported that they were not expecting the changes to legislation before the fall of 2002 and the implementation of the guidelines by January 2003.

7.58 This year, we have prepared our final report on the status of these recommendations. The Department's most recent update discloses that they are now anticipating the changes to legislation by fall of 2003. The Department has made it clear that implementation of the Food Program Policy and Guidelines will follow the legislation and the quality assurance work will be completed following the approval of the Guidelines.

7.59 As is our practice, we list all outstanding recommendations after we have updated them for the third and final time. There are thirty-two recommendations that have not been implemented, although we have determined that twelve of these have been partially addressed. We are dismayed with the lack of progress in making positive changes in this area, especially since the matter relates to public safety.

7.60 The Department should establish a training policy that encompasses both training of newly hired inspectors and continuing professional development of experienced inspectors. Among other things, the training for new inspectors should include an orientation to New Brunswick's legislation and specific training on Regulations, policies and procedures relevant to their work.

7.61 Current training needs should be identified and assessed. A training plan should be established to reflect these needs and it should be incorporated into the financial budget.

7.62 When the new Regulations are established, all Public Health Inspectors should receive training in order to ensure a consistent understanding and application of the Regulations.

7.63 In an attempt to reduce the risk of the loss of objectivity, the conflict of interest policy should be communicated and monitored.

Consideration should be given to ways of reducing the risk of impaired objectivity. We believe that rotating food service establishments amongst the inspectors would be helpful. A quality control/professional review system would be both practical and effective.

7.64 The inspection function should serve as a means of determining and enforcing compliance with the Act and Regulations relating to food service establishments. Enforcement actions should be used to ensure compliance with the Regulations. The enforcement policy should be updated to reflect the organization's changes - the accountability links and the reporting system. The amended policy should be distributed and monitored.

7.65 We encouraged the Department to continue its efforts to complete the Regulations as soon as possible, for the recently assented new *Public Health Act.*

7.66 The Department's enforcement policy states, "Our Food Service Establishment license must be treated with no less respect than is required for a driver's license or motor vehicle license. It is not a revenue producer but a control measure to protect the health of the public." With the same analogy to a driver's license in mind, we recommended that "ticketing" be considered as a means of enforcing compliance with the Regulations.

7.67 We encouraged the Department to explore other means of enforcement. For example, having the food service establishment post its most recent inspection report could be a requirement having enforcement benefits. The watchful eye of the consumer in this competitive environment could serve as a strong incentive for food service establishment operators to comply with legislation requirements.

7.68 Appropriate policies and procedures for the food control program should be clearly established, properly documented, effectively communicated and distributed to staff, and reviewed on an annual basis. In preparing a policy and procedures manual, the regions should be consulted as some regions have valuable information that is worth sharing and the inspectors know particular areas where guidance is needed.

7.69 Policies and procedures should address the following, among other things.

- the goal of the food control program and the objectives of activities (inspections, food-handling courses, complaint response);

- **the responsibilities of the inspectors;**
- **training procedures for newly hired inspectors and ongoing training for existing staff;**
- **the conflict of interest policy to promote objectivity;**
- **the inspection process including the enforcement of the Regulations, the inspection reports, and the means of handling complaints from the public;**
- **the accountability links and the reporting system; and**
- **the responsibility for monitoring adherence to policies and procedures.**

7.70 Inspections should measure compliance with the Act and Regulations relating to food service establishments. The inspection checklists should be reviewed and updated to ensure that all Regulations and legislated requirements are covered by the inspection. The checklist should not be so stringent that it eliminates the opportunity to use professional judgement in non-critical areas of the inspection.

7.71 All routine inspections should be unannounced. There should be a valid reason for giving the operator of a food service establishment advance notice of an inspection.

7.72 The issues concerning scoring should be resolved. If it is decided that scoring is beneficial and is to be used, then inspectors should be given guidance to ensure that it is used consistently.

7.73 The practice of self-inspection should be considered. We believe that self-assessments that are signed by food service establishment owners and submitted to the regional office for review could be an effective procedure for measuring compliance.

7.74 By doing risk assessments of food service establishments, inspectors will be able to determine the required inspection frequency, plan the necessary activities and then schedule them accordingly. Risk assessments should be updated on an annual basis.

7.75 Inspections should be done in accordance with the predetermined coverage plan. An inspection schedule should be compiled on an annual basis. It should be updated as needed to ensure compliance with policies throughout the year. To use resources more effectively, higher-risk food service establishments should be targeted as having priority in the schedule.

7.76 All violations that have been identified should be addressed. When appropriate, follow-up inspections should be done to determine if identified deficiencies have been corrected.

7.77 The practice of self-inspection and reporting should be considered as a means of follow-up to determine if identified deficiencies have been corrected.

7.78 Inspection reports should be complete. The reports should document all areas of non-compliance with the Regulations with dates for correction and have signatures of both the operator and the inspector.

7.79 The inspection report should be consistently prepared by all inspectors.

7.80 We recommended that licensing be used as a means of enforcing the Regulations. The licensing and inspection functions should work together. All new food service establishments should be inspected prior to being issued their first license. Inspection results should be reviewed as part of the annual license renewal process. Revoking a license for not complying with the Regulations should be practiced. To facilitate the integration of the licensing and inspection functions, the Department should consider staggered license expiry dates.

7.81 The Department should consider requiring daycares to comply with the Regulations for food service establishments. We believe that daycares have high food related risks and should be subject to the same rigorous inspection as schools and other food service establishments. The Department should consider whether there are other provincially licensed institutions, such as adult residential facilities, that perhaps should be required to comply with the food service establishment Regulations.

7.82 The form used by inspectors to guide their inspection of daycares should be standardized and used consistently by all regions in the Province. We are concerned with the limited inspection of the kitchen facilities that the current forms suggest.

7.83 The annual license fees, and in particular the annual license fee for a food service establishment with a seating capacity of greater than fifty, should be reviewed to determine whether the Department is recovering the targeted percentage of costs. The fees should be changed if appropriate.

7.84 Means of monitoring and reporting on the inspection function should be established and performed regularly. The

accountability links should be clarified and a reporting system should be established.

7.85 The responsibility for monitoring adherence to policies and procedures should be clearly assigned to one person at central office.

7.86 Quality control procedures should be established.

7.87 In the regions, an inspection schedule should be compiled on an annual basis, and updated as needed, to ensure that all food service establishments get inspected. The schedule, and all amendments, should be approved by the Regional Team Manager or Regional Director.

7.88 Public Health Inspector workloads should be examined and adjusted if necessary.

7.89 The Department should establish performance indicators and ongoing monitoring procedures for evaluating performance of the food service establishment inspection function at both the regional and provincial levels.

7.90 The food service establishment inspection function should attempt to lower the level of violations. The level of compliance with the Regulations should be monitored and evaluated.

7.91 A means of hearing and addressing "suggestions for improving performance" from staff and food service establishment operators should be established.

2000 recommendations

7.92 We are updating the recommendations we made in our 2000 Report for the second time. A detailed update was first prepared last year.

Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture

Review of legislation

7.93 Legislators have a responsibility to ensure that legislation they approve is effective in meeting its intended purpose. Legislation is assigned to government departments to administer and it is reasonable to expect the departments to be held accountable for the efficient and effective administration of the legislation.

7.94 We have reported our concerns, in the past, that legislation was not always complied with. In response to this we conducted a project with the objective of concluding whether appropriate systems and practices were in place:

- to ensure compliance with legislation;
- to measure and report on the effectiveness of the legislation; and
- to ensure that resources committed to the administration of legislation are managed with due regard for economy and efficiency.

7.95 While we chose one department, Agriculture, Fisheries and Aquaculture (AFA), in which to conduct our audit, our hope was that the results of the audit and the recommendations could be applied to all government departments, not just AFA.

7.96 We made ten recommendations to the Department at the conclusion of the audit. At this stage two of the recommendations have now been implemented and two have been partially addressed. At the same time last year none of the recommendations had been implemented.

7.97 The Department agrees with all of the other recommendations. As mentioned last year, the Department responded that since we had proposed that three of the matters be considered for all legislation and departments, it would be appropriate that they be submitted to government for their consideration and appropriate action rather than looking just to AFA for action. The three recommendations read as follows.

7.98 We recommended that a clear statement of purpose be included in all proposed new legislation. We further recommended that a statement of purpose be included for existing legislation whenever such legislation is being amended.

7.99 We recommended that the Department provide the Legislative Assembly with regular (e.g. every three or four years) written reports on the effectiveness of the legislation it administers in meeting intended purposes.

7.100 We recommended that the Department develop performance indicators that it can use to evaluate administrative activities undertaken by the Department in support of legislation.

7.101 There is a fourth recommendation which is worthy of consideration by departments other than AFA.

7.102 We recommended that reviews of legislation under departmental administration be conducted periodically (e.g. every four years) to ensure it is up-to-date, that its stated purposes are still valid, and that it provides an effective framework within which those purposes can be achieved. Results of such reviews could be communicated to the Legislative Assembly.

7.103 We were pleased to see that during the past year the Department acted on this recommendation by creating a new staff position called "legislative co-ordinator". The responsibilities of the position include reviewing all legislation on an ongoing basis to ensure it is up-to-date and continues to be relevant. Actions reported by the Department in the

past year include the repealing of an Act, repealing of regulations, processing amendments to legislation and proclamation of an Act.

7.104 The other recommendation which the Department implemented in the past year was as follows.

7.105 We recommended that the Department, in co-operation with the Department of Justice, make any changes necessary to facilitate successful enforcement in the future for all legislation under departmental administration. Changes may involve enhancing or increasing administrative penalties such as fines, employing different techniques for evidence gathering, or proposing amendments to legislation.

7.106 The Department has begun working towards dealing with the matters raised in the final three recommendations, including one which will be addressed jointly by the Department and the Department of the Environment and Local Government.

Departments of the Environment and Local Government and Health and Wellness

Domestic well water quality

7.107 Our Office has an ongoing interest in public safety and the environment. In connection with this focus we decided to examine the area of safe drinking water. Water quality from the perspective of individuals with newly drilled domestic wells was examined. The Province has set regulations and safety standards under the *Clean Water Act* that relate to these wells. We concentrated our work on two regulations under this Act, the *Water Well Regulation* and the *Potable Water Regulation*.

7.108 At the completion of this audit we issued twenty-nine recommendations to the Departments of Health and Wellness and Environment and Local Government. We reported last year that sixteen recommendations had been implemented during the two years since the audit. In the past year, two more recommendations were implemented. At present the Department of Health and Wellness has implemented four of nine recommendations while the Department of Environment and Local Government has implemented fourteen of twenty recommendations.

7.109 Eleven recommendations remain outstanding. The Departments continue to agree with all recommendations and have made satisfactory progress towards addressing them.

7.110 The Department of the Environment and Local Government was responsible for the two recommendations implemented in the past year.

7.111 We recommended that the Department of the Environment and Local Government develop procedures for monitoring and reporting on compliance with key aspects of the *Water Well Regulation* and *Potable Water Regulation* which have been assigned to the Environmental Planning Section.

7.112 We recommended that the Department of Environment and Local Government review its current procedures for sample collection to ensure the integrity of testing results.

Department of Natural Resources and Energy

Private forest lands

7.113 New Brunswick is Canada's most forested province with 85% of its land covered with forests. Approximately 50% of this forest land is owned by the Crown. The *Crown Lands and Forests Act* identifies three distinct categories of non-Crown land which are referred to as "private forest lands". The three categories are; private woodlots (30% of forest lands), freehold lands (18% of forest lands) and private lands consisting of an aggregate of 5,000 (or more) hectares which are owned by one person.

7.114 We conducted an audit to determine if appropriate systems and practices were in place to encourage the management of private forest lands as the (sustainable) primary source of timber for wood processing facilities in the Province.

7.115 We made seventeen recommendations to the Department of Natural Resources and Energy. This is the second year we have followed up on the progress made by the Department.

7.116 A total of six recommendations have now been implemented. The Department expressed its agreement with the remaining eleven recommendations and, in many cases, has made significant progress towards the eventual adoption of the recommendations. This is an improvement over last year when we reported that only one recommendation had been implemented.

7.117 The following five recommendations were implemented during the past year.

7.118 We recommended that the Department review the funding formula for silviculture and provide guidelines as to what are acceptable limits for administrative expenses. The formula should work to ensure that the marketing boards optimize the area treated with the funds provided.

7.119 We recommended that the Department review the funding formula for the allocation of silviculture funds to marketing boards to ensure that private lands of 5,000 hectares are appropriately considered in the distribution of funds.

7.120 We recommended that the Department implement the monitoring provisions of sections 40(1) and 45 of the *Crown Lands and Forests Act*.

7.121 We recommended the Department develop an active monitoring program over the export of wood from private forest

lands. Appropriate corrective action should be taken as required in order to encourage the management of private forest lands as the primary source of timber for wood processing facilities in New Brunswick.

7.122 We recommended the Department develop the means to ensure the accuracy of the annual cut figures for all components of private forest lands.

Department of Supply and Services

Land management fund

7.123 The Province owns over 7,000 properties which make up roughly three million hectares of land. The Province also owns an additional 2.1 million hectares of submerged lands. Given the significance of the amount of land the Province owns and uses in delivering its programs and the importance of exercising stewardship over this valuable resource, we decided to carry out work on various land management issues. We chose to focus our audit on the Land Management Fund due to its central role with respect to the Province's land portfolio.

7.124 Eleven recommendations resulted from our audit. We reported last year that three recommendations had been implemented and the Department had expressed disagreement with four recommendations.

7.125 The remaining four recommendations have not, as yet, been implemented. However the Department has achieved some progress during the past year. The main change is that a contract has now been signed to develop a new land information system. The successful completion of this system will address two of the outstanding recommendations.

Department of Transportation

Engineering consulting and road construction materials

7.126 In earlier audits in the Department we had reviewed inventory and purchasing systems and the process used to purchase engineering consulting services. We found significant opportunities for improvement, at that time, and made recommendations accordingly. Although many of these recommendations were accepted, some were not. We decided to examine the present day purchasing and inventory operations to see how the Department had improved.

7.127 Twenty recommendations resulted from this audit. In total, five of these have now been implemented including two in the past year. For thirteen recommendations the Department is in agreement and in several cases some progress has been made towards adoption. In two cases it has now been established that the Department disagrees with the recommendations.

7.128 The following recommendations were implemented during the year.

7.129 We recommended the Department determine if the policy of purchasing goods indirectly through contractors rather than directly through suppliers is saving money.

7.130 The Department is conducting such evaluations on a routine basis.

7.131 We recommended the Department perform a formal cost-benefit study to determine if lengthening the product guarantee term in "end result specifications" (ERS) contracts would be beneficial to the Province. If the results of the study indicate a longer guarantee term is beneficial then it should be adopted.

7.132 In general terms, the recommended cost-benefit study has been acted upon. The Department's decision was to not extend product guarantee terms and they based their conclusion on the report of an external consultant.

7.133 The Department disagreed with the following two recommendations.

7.134 The Department should do a formal cost-benefit study to determine the smallest contract size at which the adoption of ERS represents good value for money to the taxpayers of New Brunswick.

7.135 We recommended that the Department implement ERS on all asphalt paving contracts where it is cost beneficial to do so.

7.136 In the Department's response they indicated that "since the current life cycle of asphalt paving is 12-15 years, at this time there is no suitable evidence to determine the impact on the average life using ERS."

Office of the Comptroller

Provincial financial accounting system

7.137 For a few years the Office of the Comptroller (OC) had been developing and implementing a new financial accounting system. Software called Oracle Financials was being customized by the OC for use by the Province. Because of its significance and the fact that we rely on it in conducting our audit of the financial statements of the Province, we decided to review the system. Our review focussed mainly on system security.

7.138 We made six recommendations following our review of this system. We reported last year that one of the recommendations had been implemented and one recommendation was disagreed with. As well, the period of relevance for one recommendation has lapsed with the passage of time. During the past year one more recommendation was implemented.

7.139 We recommended the OC have a formal sign-off to support system implementation decisions. This sign-off should be supported

by documented evidence that adequate internal controls are present in the system and operating effectively.

7.140 The two remaining recommendations are partially implemented and we will continue to track the progress in implementing these.

2001 recommendations

7.141 The recommendations from our 2001 Report are being updated for the first time.

Department of Education

Pupil transportation

7.142 Of the approximately 127,000 school age children enrolled in New Brunswick schools, about 89,000 get on a familiar yellow school bus every day. Another 6,000 are transported via contracted vans, vehicles and city buses. There are approximately 1,650 provincially owned and contracted buses and 1,500 provincial bus drivers. Parents have entrusted the Province to implement a safe and reliable pupil transportation system.

7.143 Because our Office has an ongoing interest in safety, we felt it important to address the issue of pupil transportation in the Province of New Brunswick. We believe that the Department of Education must have sound systems and practices in place to ensure the safety of the thousands of students transported by the Province daily. Further, the Department must demonstrate compliance with safety standards and regulations set by the Province.

7.144 In our 2001 Report, we made 74 recommendations as a result of an audit of the Pupil Transportation Branch within the Department of Education. We are pleased to note that the Department has taken our recommendations seriously and has done a significant amount of work in this area. In the past two years, the Department has implemented fifty recommendations and partially implemented another fourteen. We are particularly pleased to note the progress made in regards to safety training for students and bus drivers, and the increase in the number of bus inspections.

7.145 Four of our recommendations were accepted by the Department but not yet implemented. The Department has also reported that four of our recommendations are not feasible or necessary to do at this time. Two recommendations have become irrelevant because of changing circumstances.

7.146 Following is a list of the recommendations implemented by the Department.

7.147 We recommended that the Department review current methods for obtaining student data to ensure the safest possible method of updating data is used.

7.148 We recommended that the Department develop and enforce a "no standees" policy. This policy should be documented,

communicated, monitored, enforced and consistently applied throughout the Province.

7.149 The Department should provide information to both students and parents on the seat belt issue.

7.150 We recommended that the Department formalize the understanding with the newly formed Department of Public Safety to ensure lines of communication exist to inform the Department of Education regarding loss of licenses.

7.151 We recommended that the Department establish a process to monitor the ongoing validity of drivers' licenses.

7.152 We recommended that the Department obtain driver abstracts as required by Regulation. The Department should also consider the benefits of obtaining driver abstracts on a regular basis.

7.153 We recommended that the Department formalize policy regarding obtaining criminal record checks for bus drivers. The Department should ensure such policy is applied on a province-wide basis.

7.154 We recommended that the Department ensure that no bus drivers are hired until they meet employment standards.

7.155 We recommended that the Department develop and implement a consistent hiring process for bus drivers.

7.156 We recommended that the Department comply with Regulation by ensuring that all drivers of vans have received the mandatory training program. If the Department determines aspects of such requirements to be not applicable, the Regulation should be amended accordingly.

7.157 We recommended that the Department consider the specific training needs for drivers of vans.

7.158 We recommended that the Department define "van" for purposes of enforcing the Regulation.

7.159 We recommended that the Department develop and provide appropriate training for all driver coaches.

7.160 We recommended that the Department ensure that all drivers attend refresher courses as required by Regulation.

7.161 We recommended that the Department develop training on disciplining student behaviour and deliver this training to its bus drivers in a timely fashion.

7.162 We recommended that the Department formalize policy regarding the first aid training requirement.

7.163 We recommended that the Department ensure all drivers are re-certified in first aid training every three years.

7.164 We recommended that the Department evaluate the benefits of requiring first aid training for drivers of vans and contracted vehicles.

7.165 We recommended that the Department provide all drivers of student vehicles with Policy 701. The Department should maintain a signed copy in all employee files.

7.166 We recommended that the Department ensure timely and appropriate corrective action for drivers not performing pre-trip inspections.

7.167 We recommended that the Department consider a review of the current pre-trip inspection checklist. This review should include consultation with Department of Transportation, Department of Public Safety and bus drivers.

7.168 We recommended that the Department ensure adequate documentation regarding complaints against bus drivers, including actions taken by the Department.

7.169 We recommended that the Department develop province-wide standards regarding various student behaviour problems and related consequences. Drivers should be provided with adequate training on these standards.

7.170 We recommended that the Department encourage the use of accident review committees to review all accidents as per policy.

7.171 We recommended that superintendents make and enforce rules for proper conduct as per Regulation. If this is deemed to be not practical, the Regulation should be amended accordingly.

7.172 We recommended that the Superintendent regularly review bus safety rules for their appropriateness and effectiveness and make necessary changes in a timely manner.

7.173 We recommended that the Department ensure superintendents understand their responsibilities regarding vehicle maintenance and that they are fulfilling these responsibilities.

7.174 We recommended that all superintendents be reminded of all their responsibilities under Regulation and that they clearly understand that these responsibilities cannot be delegated.

7.175 We recommended that the Department review systems in place to ensure superintendents are fulfilling their responsibilities as described in Regulation.

7.176 We recommended that the Department ensure supervision for both loading and unloading of all students as per Regulation. If certain aspects of Regulation are deemed impractical, the Regulation should be amended accordingly.

7.177 We recommended that the Department ensure adequate signage at all schools, clearly delineating school-loading zones.

7.178 We recommended that the Department ensure emergency evacuation drills are provided twice a year as per Regulation.

7.179 We recommended that the Department monitor driver compliance with maintenance schedules as provided by the Department of Transportation.

7.180 We recommended that the Department become familiar with reports on vehicle maintenance available from DOT vehicle maintenance. The Department should review appropriate reports on a regular basis.

7.181 We recommended that the Department formalize policy regarding placement of garbage cans on buses. The Department should ensure that all drivers are made aware of such policy and it is consistently applied.

7.182 We recommended that the Department evaluate the cost/benefit of radio devices on buses. Safety equipment purchases should be applied consistently on a province-wide basis.

7.183 We recommended that the Department obtain formal agreement from the Department of Public Safety regarding the number and types of random inspections on vehicles. If this is not possible, the Department should seek alternative arrangements for the service.

7.184 We recommended that the Department develop and implement a formal process for responding to Commercial Vehicle

Enforcement findings, not only for those vehicles that have been placed out of service, but for correcting the shortcomings in the system that such findings may expose.

7.185 We recommended that the Department ensure adequate coverage of inspection of all school vehicles.

7.186 We recommended that the Department monitor the maintenance and condition of contracted buses.

7.187 We recommended that the Department ensure province-wide standards with respect to the quantity and content of training provided to students.

7.188 We recommended that the Department provide appropriate bus safety training for middle and high school age students. The material should emphasize the role that these older children play in helping younger children follow the rules and assisting in emergency situations.

7.189 We recommended that the Department consider a requirement to include a "hands-on" training element to its program. This would include an actual bus demonstration of lights, signals, crossing arm, stop arm, and emergency exits.

7.190 We recommended that the Department should clearly discuss the major risks of bus safety in its training material provided to students. The Department should consider the use of national accident statistics as a method of informing both children and parents where the risks are.

7.191 We recommended that student training include training on protocol in emergency situations.

7.192 We recommended that the Department ensure consistency between cities regarding contract requirements as it relates to safety issues.

7.193 We recommended that the Department ensure that all city transit buses transporting students display appropriate signage denoting the fact that students are loading and unloading from the vehicle.

7.194 We recommended that the Department monitor and ensure contract compliance.

7.195 We recommended that the Department formally review and evaluate the performance of city transit based on appropriate, consistent criteria.

7.196 We recommended that the Department ensure all parent/ volunteer drivers are provided with Policy 701.

7.197 The Department advised it would not be acting on the following four recommendations following its review of the facts surrounding the issues raised.

7.198 We recommended that the Department review the workload of Transportation Managers to ensure adequate resources are provided to enable them to fulfil their various responsibilities.

7.199 We recommended that the Department formalize guidelines for terms "sober habits, industrious, good appearance, good health" as described in Regulation so that they may be consistently applied on a province-wide basis. We recommended that examples of such be well documented in employee files.

7.200 We recommended that the Department formalize guidelines for the term "capable of exercising good judgement in handling a school vehicle and in controlling pupils" as described in Regulation so that it may be consistently applied on a province-wide basis. We recommended that examples of such be clearly documented in employee files.

7.201 We recommended that the Department formalize policy regarding when a vehicle is considered to be out of service. The Department should ensure that all drivers are made aware of such policy and it is consistently applied.

Departments of Health and Wellness and Family and Community Services

Prescription Drug Program

7.202 Our interest in the healthcare services provided by the Province led to our review of the Prescription Drug Program. This program was established in 1976 to improve and maintain the well being of the people of the Province by making specified drugs available to selected groups of people who can least afford the high cost of prescription drugs and those with specified medical conditions. Approximately 15% of the population receive benefits under the program.

7.203 The program consists of several "plans". The plan examined in our audit provides drug benefits to people who receive income assistance and those who have drug expenses for which they do not have the resources to pay.

7.204 While the Prescription Drug Program is the responsibility of the Department of Health and Wellness, determining the eligibility for financial help with drug costs for this plan is the responsibility of the Department of Family and Community Services.

7.205 Our audit objective was to determine if the two departments had appropriate systems and practices in place to ensure that all eligible

persons are offered the plan and that the benefits are not granted to ineligible persons.

7.206 The audit resulted in seventeen recommendations. Ten of the recommendations were issued to both departments, as it is necessary to have co-operative action to address the issues raised. Seven recommendations were issued just to the Department of Family and Community Services.

7.207 The departments have had little success in implementing the recommendations. None of the recommendations have been fully implemented and only six have shown significant progress to date. We are disappointed with the lack of progress and encourage the departments to work together to address the issues reported by the audit.

Department of Natural Resources and Energy

Crown lands management

7.208 The *Crown Lands and Forests Act* (the Act) has assigned the Minister of Natural Resources and Energy responsibilities for both Crown and private forest lands. In the autumn of 1999 we began a two-year audit process to examine the Minister's responsibilities under each of these areas.

7.209 In our 2000 Report we examined the Minister's responsibilities for private forest lands as mandated under section 3(2) of the Act. In 2001 we continued with phase II of our work by reporting on the Minister's responsibilities for Crown lands.

7.210 We made ten recommendations to the Department. As a result of the follow-up work we conducted this year, we can report that the Department has implemented three of these recommendations and acted on a fourth. While the Department generally agrees with the remaining six recommendations, no significant progress has been made towards their adoption.

7.211 Following are the three recommendations that were implemented

7.212 We recommended that the Department examine the costs and benefits of a certification process for Crown lands. This certification process should include a more formal system for encouraging and obtaining public input into the process of setting objectives for helping the Minister fulfil his responsibilities for Crown lands.

7.213 We recommended that the Department provide information on the relevancy of its programs for Crown lands in its annual report.

7.214 We recommended the Department table its annual report by the 1 November deadline.

7.215 A fourth recommendation has been acted upon but the solution is not what was anticipated.

7.216 We recommended that the Summary of Performance of Crown Timber Licensees be published in the Department's annual report at the conclusion of each five-year management plan. The Department should also consider an annual update on progress made regarding outstanding deficiencies.

7.217 The Department has tabled the Summary with the Legislature, and posted it on their web site. They have also indicated that they are prepared to cross reference their annual report to the web site.

Department of Public Safety

High risk drivers

7.218 Our Office's continuing interest in public safety led us to look at the area of road safety. After some analysis of this area, we decided to focus on the so-called high-risk drivers of private passenger vehicles. The bulk of our work was performed in the Department of Public Safety. However we also contacted policing agencies, the insurance industry, academic researchers and an expert in adaptive driving services.

7.219 At the completion of this audit, we issued eighteen recommendations to the Department of Public Safety. In general the Department has made good progress in implementing the recommendations. The current status of these recommendations shows six having been implemented and seven partially implemented. The Department is in agreement with the other five recommendations.

7.220 The implemented recommendations are as follows.

7.221 We recommended the Department initiate discussions and ongoing education with the medical practitioners and the optometrists of New Brunswick to help ensure Sections 309.1(1) and 309.2(1) of the *Motor Vehicle Act* are being complied with.

7.222 We recommended the Department assign clear responsibility for ongoing monitoring and updating of the definition of high-risk drivers. Further, this definition process should be a key component of national and provincial change initiatives aimed at improving the safety of our travelling public.

7.223 We recommended that the Department document the existing practices relating to training school inspections, especially those relating to the frequency of the audits and the documentation requirements.

7.224 We recommended that an instructor's test be upgraded to test specific items that a driver-training instructor should know.

This will help to ensure that only qualified instructors are permitted to train students.

7.225 **We recommended that the Department continue to work with Service New Brunswick to ensure that changes are made to the computer systems to allow appropriate information to be compiled in a timely fashion. The Department needs to ensure that these changes will allow it to effectively evaluate the success of the driver training programs.**

7.226 **We recommended the Department consider the extent to which overall responsibility for the objectives in the Road Safety Vision 2010 can be assigned to one position such as that of the Registrar.**

Department of Supply and Services

Provincial Archives of New Brunswick

7.227 The information contained in the records preserved by the Provincial Archives is irreplaceable and has a significant value to New Brunswickers. Caring for this information is a major responsibility and one that has a number of risks associated with it. We conducted an audit in which we looked at the acquisition, appraisal, selection, arrangement and description of records. We also looked at preservation risks and completed general reviews of the organizational mandate and performance reporting.

7.228 A total of twenty-five recommendations were made to the Department following the completion of our audit. Twelve of these recommendations have now been implemented and another four are partially implemented. Of the remaining nine recommendations, the Department is in agreement with eight of them and it disagrees with one.

7.229 The following recommendations have been implemented to date.

7.230 We recommended that Provincial Archives of New Brunswick (PANB) develop a formal succession plan to cover key staff who will be retiring under the Voluntary Early Retirement Window.

7.231 We recommended that the Conservation Policy and Risk Management Checklist as developed by the Conservator be finalized and adopted as soon as possible.

7.232 We further recommended that PANB continue to play a central role in developing and implementing an electronic records management strategy for the Province of New Brunswick.

7.233 We recommended that the Department of Supply and Services proceed with the design and construction of the new repository for PANB. This will address the issues raised as long as

the repository is appropriately designed to address current storage deficiencies.

7.234 **We recommended that the planned repository be designed to be big enough to accommodate all existing archival holdings of PANB and provide room for expansion of the holdings for a reasonable period of time into the future.**

7.235 **We recommended that the design include the ability to monitor temperature, humidity and pollution levels and adjust them to meet archival storage requirements.**

7.236 **We recommended that the design include water detection systems to alert PANB to water intrusion, especially during those hours when storage facilities are unattended.**

7.237 **We recommended that proper storage facilities (i.e. shelving units and cabinets) and containers be provided for each type of archival media (e.g. cartographic records should be flattened and stored in appropriate cabinets to reduce damage due to handling).**

7.238 **We recommended that the donated cold storage facility be incorporated into the design of the new repository to allow for proper storage of the PANB film collection.**

7.239 **We recommended that a logistical plan be developed in advance of the completion of the repository to ensure that archival records are transferred into the new repository safely and efficiently, and without unduly disrupting the ongoing operations of PANB.**

7.240 **We recommended that the Conservator's replacement be appointed prior to the retirement of the current Conservator to allow adequate time for training and transfer of knowledge.**

7.241 **We recommended that the strategic plan as drafted in 1993 be updated as planned during the 2001-2002 fiscal year. That update should include developing measurable strategic objectives for PANB and updating the organizational action plan.**

7.242 The following recommendation was disagreed with.

7.243 **We recommended that in the event adequate funding is not available from government, amendments to the *Archives Act* should be proposed that would bring the mandate of PANB more in line with what is achievable with the resources provided by government. The potential costs, in terms of lost information, of selecting this option should be carefully analyzed before action is taken.**

7.244 The Department did not see this as an option, as they pointed out in their response:

> *Curtailment of mandate would mean that government would not have the records required to respond to legal and administrative challenges, and would irreparably harm the government's ability to preserve the historical record, memory, and cultural resources that are the right of New Brunswickers.*

Department of Supply and Services

Purchasing

7.245 We conducted an audit in the Department of Supply and Services with the objective of determining if the Department had appropriate systems and practices in place to ensure the Minister was fulfilling some key responsibilities assigned by the *Public Purchasing Act*.

7.246 The audit focussed on: tendering and soliciting bids for purchases; granting exemptions and preferences; and ensuring compliance of government funded bodies and departments with their responsibilities under legislation.

7.247 While overall we were pleased with the Department's performance in fulfilling its responsibilities we did find instances where improvements could be made. In light of this we made seventeen recommendations.

7.248 In this, the first year of our follow-up, we found that the Department has implemented two of these recommendations and partially implemented three. Eleven others have been agreed with, but are either under further review or have seen no significant progress as yet. The Department has decided not to implement one recommendation.

7.249 The Department has implemented the following recommendations.

7.250 We recommended the Department of Supply and Services comply with legislation and solicit price quotations from suppliers rather than allowing departments to conduct this activity.

7.251 We recommended that contracts be re-tendered at a minimum of every five years unless approved for extension by the Board of Management.

7.252 After conducting a subsequent examination, the Department has decided not to take further action to address the following recommendation.

7.253 We recommended the Department ensure that long-term contracts contain provisions that protect the Province from price increases not provided for in the contracts.

Department of Supply and Services

Contracts for IT professionals

7.254 The Department of Supply and Services established a contract of supply for departments to use in purchasing the services of various information technology (IT) professionals. We reviewed the contract to determine departmental compliance with the terms and conditions of the contract.

7.255 At the completion of the audit, we issued seven recommendations to the Department of Supply and Services for improvements to the process. We are pleased to note that the Department has implemented six of the recommendations. As well, they have a plan in place to address the final recommendation in the 2003-2004 year.

7.256 The following recommendations have been implemented.

7.257 **We recommended the Department modify the Informatic Professional Services (IPS) terms and conditions to more explicitly define the intent of the contract of supply. In particular, the Department should provide examples of acceptable and unacceptable use of the IPS, including when departments should tender a service versus using the IPS.**

7.258 **We recommended the Department modify the IPS terms and conditions to clearly define key terminology, in particular the terms "specific skills", "short-term needs" and "complete technology project". The Department should also provide examples on how to appropriately structure contracts.**

7.259 **We recommended the Department modify the terms and conditions of the IPS to include a clause indicating departments are responsible for monitoring and tracking contracted individuals' time for all contracts arranged under the IPS.**

7.260 **We recommended that departments obtain at least three quotes from vendors before awarding an IPS contract. These quotes should be documented and kept on file with the signed contract. In cases where it is not possible to obtain three quotes, the IT director should document the reasons why.**

7.261 **We recommended that each contract contain a clear and detailed statement of work.**

7.262 **We recommended that departments ensure each IPS contract file contains a statement of total payments made for the contract as required by the IPS terms and conditions.**

Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture

Audit of controls

7.263 The Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture provides a number of services to the agri-food industry from a number of regional offices throughout the Province. Many of these services generate revenue for the Department through user fees, product sales or fee-for-service arrangements. Revenue from Veterinary Services contributes the largest component. Sales are made and money is collected by various staff members in each region. The large number of staff members handling payment receipts and the decentralized structure places increased importance on strong internal controls.

7.264 We conducted an audit to ensure that adequate controls were in place over cash handling and inventories for veterinary services, and over all departmental accounts receivable. Eight recommendations were made to the Department as a result of the audit.

7.265 The Department has demonstrated an excellent effort in dealing with these recommendations and we can report that all eight have been implemented during the two-year period since our Report was issued.

7.266 The Department should establish specific cash handling policies to address the unique issues that the Department faces with a decentralized collection system. Policies should be consistent from region to region.

7.267 An employee who does not have accounting or cash handling responsibilities should be formally assigned responsibility for reviewing and approving the credit note reports and all write-offs. Someone independent of the cash handling function should enter the write-offs into the accounting system.

7.268 A system should be established whereby interdepartmental accounts are set up. This will allow the regional offices to record the receipt of payments for other departments in the accounting system and to deposit the money in the Department's bank account. Cash receipts should not be forwarded in the mail. The Department should update their documented policies to specifically address the handling of interdepartmental transactions.

7.269 Clear inventory policies should be developed covering access, write-offs and damaged products. Specifically, regional veterinary supervisors should be required to approve all adjustments to inventory including damaged goods, count variances and expired product not returned for credit.

7.270 All regions should be made aware of the Department's documented policy.

7.271 Regional veterinary supervisors should be assigned formal responsibility for reviewing and approving all inventory write-offs.

7.272 The Department should provide better information to the public on the pricing policies, costs, recoveries and benefits of each type of service or program for which a fee is charged. The costs should include both direct costs such as salaries and materials and indirect costs such as overhead and other administrative costs associated with the delivery of the program.

7.273 The Department should implement new controls to ensure that all chargeable time is invoiced.

Department of the Environment and Local Government

Local service districts

7.274 As part of our audit of the Province's financial statements for the year ended 31 March 2001, we reviewed the systems and procedures used to record Local Service District (LSD) expenditures. At the conclusion of the audit we made three recommendations to the Department. We are pleased to report that the Department has implemented all of the recommendations.

7.275 Municipal Services Representatives should require individuals in LSDs to request purchases in writing.

7.276 To ensure the completeness of LSD expenditures, Municipal Service Representatives (MSRs) should monitor on-going costs from other departments to help ensure that all expenses have been recorded. The MSRs should remind departments if entries need to be made to transfer costs to the LSDs.

7.277 The Department's Head Office should instruct Municipal Services Representatives how to properly prepare monthly reconciliations. The MSR should reconcile, for each LSD, the total amount of expenditures recorded in the financial information system with the total amount recorded in the MSR ledger. Any reconciling items should be listed and investigated.

Department of Finance

Review of Oracle accounts receivable system

7.278 In April 1999, the Department of Finance implemented a new accounts receivable system – Oracle Accounts Receivable (Oracle AR). Our Office reviewed the Oracle AR as part of a long-range plan to examine all key computer systems to support our audit opinion on the Province's financial statements. Also, because it was a relatively new system, we believed our review could assist the Department in identifying areas where improvements could be made.

7.279 As a result of our review, we made six recommendations. We are pleased to report that all six of the recommendations have been implemented.

7.280 We recommended the Department review and simplify the format for the reconciliation of the Oracle AR to the Oracle GL. This reconciliation should be documented and performed quarterly.

It should be periodically reviewed to ensure its accuracy and timeliness.

7.281 We recommended the Department review the current responsibilities assigned to its users to ensure they allow an appropriate level of access and that the responsibilities are not incompatible.

7.282 The Department should review the eleven users who have been assigned complete system access to ensure that this level of access is appropriate in all circumstances.

7.283 We recommended the Department ensure all requests for user access follow the documented procedures established by the Department. The Department should also review and modify the System Access to Oracle Financials Accounts Receivable Form and make it easier to complete for changes in a user's access. The Department should also establish and document procedures for terminating a user's system access.

7.284 We recommended the Department develop a user access policy for the Oracle AR system.

7.285 We recommended the Department provide additional training to its management and staff on the use of Oracle AR. We also recommended the system manager receive more detailed and advanced training on the use of this software.

New Brunswick Distance Education Network Inc.

7.286 New Brunswick Distance Education Network Inc. (NBDEN) was incorporated in 1994 under the *Companies Act*. It provides financial and administrative support to TeleEducation NB and Connect NB Branché by facilitating various e-learning initiatives. NBDEN is a non-profit government entity managed by TeleEducation NB which plays a key role in partnership arrangements and is eligible to receive funding from federal government sources.

7.287 Our work focused primarily on the relationship of NBDEN and its TeleEducation expenditures, and the Department of Education's TeleEducation NB program. The goal of our audit was to expand our understanding of both the TeleEducation program and NBDEN with the objective of determining if NBDEN should be part of the government reporting entity.

7.288 Our conclusion was that NBDEN should be part of the reporting entity. We made five recommendations as a result of the work that was done. Four of these recommendations have now been implemented. While there is agreement with the fifth recommendation, no significant progress has been made to date.

7.289 The following recommendations have been implemented.

7.290 We recommended that financial statements be prepared annually.

7.291 We recommended that the Department ensure that the independent audit is completed and the results of the audit made public.

7.292 We recommended that NBDEN follow the government guidelines to ensure proper management and safeguarding of moveable assets.

7.293 We recommended that NBDEN implement a policy requiring it to follow the guidelines of the *Public Purchasing Act* and its regulations.

Chapter 8
Office of the Auditor General

Contents

Background 181
Office role and relevance 181
New strategic plan 182
Performance indicators 183
Financial information 186
Staff resources 187

Office of the Auditor General

Background

8.1 In recent years, our Reports have contained a checklist relating to our assessment of our compliance with the Annual Report Policy of government. A comparative version for 2003 is presented below.

Exhibit 8.1
Self assessment checklist

	2003	2002
Was a report prepared?	Yes	Yes
Is there a discussion of program relevance?	Yes	Yes
Are goals and objectives stated?	Yes	Yes
Does the report discuss achievement of plans?	Yes	Yes
Are performance indicators presented?	Yes	Yes
Are details available on level of client acceptance ?	Yes	Yes
Is actual and budget financial information presented?	Yes	Yes
Does the report explain variances from budget?	Yes	Yes

Office role and relevance

Our role

8.2 Our role within the provincial public service is unique. We are independent of the government of the day and provide information directly to the Legislative Assembly. The Legislative Assembly uses our information to help fulfil its role of holding the government accountable for how public monies are managed and how services are delivered. We also assist government by providing recommendations to senior officials of the departments and agencies we audit.

Our mission

8.3 We promote accountability by providing objective information to the people of New Brunswick through the Legislative Assembly.

Office relevance

8.4 Our 2002 Report generated significant interest. Five hundred and fifty copies were printed and distributed. Access to our Report is also available through the Internet, and we are tracking the number of times our Report is visited. During the four-month period following the release of the Report there were over 3,000 visits to the complete Report. In addition to this there were specific visits to individual chapters. On 17 December 2002, the day our Report was released, there were over 4,800 visits, or 'hits', to our web site. Discussions of our findings in the Legislative Assembly and the Public Accounts and Crown Corporations Committees are evidence of the continuing relevance of our work.

8.5 Each year we include in our Report matters that we believe are significant to the Legislative Assembly and the public. These include our findings, conclusions and recommendations arising out of our audit work during the year.

8.6 Our service also includes separate audit conclusions on the reliability of financial statements. These conclusions (auditor's reports) are provided to the Legislative Assembly with the financial statements for the Province as well as the Agencies and Trusts that we audit.

8.7 We see our work remaining relevant and contributing to:

- public confidence in our system of government;
- the Legislative Assembly's ability to carry out its responsibility of holding the government to account; and
- the government's ability to carry out its responsibilities using sound management systems and practices.

New strategic plan

8.8 In April 2002 we began an exercise to update our Office's 1998 strategic plan. Using an external consultant, we interviewed all Office staff and a good representation of our external stakeholders who were defined to be Members of the Legislative Assembly, government departments and agencies, the media and the general public. We finalized the new plan in May 2003. It can be found on our web site.

8.9 The new strategic plan identifies three main goals that we will be concentrating on over the next five years. These are:

- the Legislative Assembly and the public are aware of and value all the work that we do, and have confidence in our ability to provide timely, objective and credible information;
- departments and agencies accept and implement our recommendations; and
- our stakeholders - the Legislative Assembly, the public, auditees and our employees - view us as leading by example.

8.10 We have developed strategies around each of these goals, along with specific objectives and actions. Each year we intend to develop a business plan that will set priorities for each of our objectives. We have identified the following objectives as priorities for the current year:

- to improve our process for selecting value-for-money audits;
- to develop and implement a comprehensive human resources strategy that includes a human resources plan for the Office;

- to implement a risk management strategy for the Office; and
- to develop and implement ways of measuring our progress, and to publicly report on the results.

Performance indicators

8.11 For a number of years now we have been reporting on our performance. Our 2003-08 strategic plan identifies the indicators that we will use to determine our progress towards the goals we have set. Many of these indicators are similar to the ones we have been using for the last five years. We will continue to survey Members of the Legislative Assembly to determine their level of satisfaction with our work. We will also survey our auditees for the same purpose. Our employees will be surveyed, beginning this fall, to determine their level of satisfaction. We will also continue to track the acceptance and implementation of the recommendations that appear in our annual Report. And we will continue to focus on completing our work on time and within budget.

8.12 A new indicator that we will begin to report on in 2004 is the cost of the audits that we carry out. We have always tracked the time that we spend on each audit; we are now developing a system of costing out that time, and we intend to make that information available in our annual Reports. We will also continue to report on the percentage of time we spend directly on audit work.

8.13 This section of our Report identifies the indicators from our 1998 strategic plan, set out by strategic priority, and discusses our progress to date.

Responding to the needs of users

8.14 We will survey Members of the Public Accounts and Crown Corporations Committees on an annual basis in order to measure our effectiveness in meeting their needs.

8.15 We did not carry out any surveys of Members in 2003. Because of the election in June 2003, Members of the Public Accounts and Crown Corporations Committees did not meet to discuss our 2002 Report, or indeed any reports from departments or agencies for the year ended 31 March 2002, until late in 2003.

8.16 We will measure the extent to which the recommendations which appear in our annual Report are accepted and implemented. The disposition of all recommendations will be tracked for a period of four years.

8.17 Chapter 7 of this Report provides an overview of the recommendations included in our 1999 through 2001 Reports, arising out of our value-for-money audits. It details the departmental responses to our recommendations, and our assessment of the acceptance and implementation of those recommendations.

8.18 We will measure the extent to which accounting and reporting recommendations made by the Public Sector Accounting Board of the CICA are accepted and implemented by the Province of New Brunswick.

8.19 We are tracking this indicator as part of our annual audit of the financial statements of the Province. One significant outstanding issue is that the Province still does not track and report its cumulative investment in tangible capital assets. Some information on tangible capital assets is included in the notes to the 2003 financial statements.

8.20 The Province of New Brunswick audit will be completed by June 30th and all Crown agency and Trust Fund audits will be completed by September 30th.

8.21 Our ability to achieve this objective is not totally within our control, because it really depends on when our audit clients close their books for the year and are ready for us to do our work. Notwithstanding this, we believe the indicator is important because it results in us encouraging our clients to close their books as quickly as possible. We support timely reporting of financial information. The indicator also places a discipline on our Office to complete the audit work by a specific date.

8.22 The audit of the Province of New Brunswick was not completed by 30 June. A number of accounting issues, including some significant changes in the Province's accounting policies, delayed the completion of the financial statements and our audit.

8.23 We are the auditors of nineteen Crown agencies, six pension plans and the Fiscal Stabilization Fund. We completed fourteen of the Crown agency audits and three of the pension plan audits by 30 September. For the five Crown agency audits that were not completed there were delays related to a lack of available resources in our Office to do the work. However, all five were completed and reports issued by 31 October. The Fiscal Stabilization Fund financial statements, and financial statements for three pension plans, were not ready for audit in time to meet our 30 September target, nor would we have had the resources to complete them by that date.

Making effective use of resources

8.24 All financial and value-for-money audits will be performed within the time allotted.

8.25 We establish detailed time budgets for each of our audits. During the audit, we monitor the time spent by staff members on individual sections of the work. At the end of each audit, we summarize the total time spent, compare it to the total budgeted hours and analyze major fluctuations. For our financial audits, we use the results of this analysis to help us prepare the budget for the following year's work.

8.26 The actual time on our audit of the Province's financial statements was close to the budgeted hours. The time we spent in excess of budget (approximately 300 hours) can be almost entirely attributed to extra time necessary to deal with accounting issues arising subsequent to the completion of our planned audit work. All of the seventeen Crown agency and pension plan audits we completed by 30 September were carried out within or close to the budgeted hours.

8.27 We undertook six major value-for-money audits during the past year that led to chapters in our 2003 Report. Three of the six audits took more time than we had budgeted. We continue to analyze our experiences on each audit, in an effort to become more efficient in carrying out the work, and more realistic in setting our budgets. However, unlike our financial audit work which is basically the same year after year, the value-for-money work is usually one of a kind, and there may be very little experience to draw on.

8.28 60% of all professional paid time in our Office will be spent directly on financial statement audits or value-for-money audits.

8.29 A detailed analysis of staff time for 2002 indicates that 56.72% of the total paid time of all staff, with the exception of our administrative support staff, was spent directly on audit work (including work on our annual Report). For the first six months of 2003, this number increased to 61.22%. Non-audit time includes statutory holidays, vacations, courses for accounting students and professional staff, sick leave and administrative duties not chargeable to a specific audit. We were disappointed not to reach our target in 2002, which we attribute to time spent on our strategic planning process, some disruption caused by extensive renovations to our offices and two extended sick leaves during the year.

8.30 Of the total time spent directly on financial statement audits and value-for-money audits, 45% will be spent on value-for-money audits.

8.31 Our analysis indicates that, in 2002, we spent 51.91% of total audit time on value-for-money audits. For the first six months of 2003, this number was 48.98%. In recent years we have made a conscious and successful effort to reduce audit time on financial statement audits so that more time is available for value-for-money audit projects.

Maintaining professional standards

8.32 We will meet the standards required by the New Brunswick Institute of Chartered Accountants Mandatory Practice Review Committee.

8.33 The Institute last inspected our Office files in November 2000. The inspection concluded that we continue to meet the standards required by the Institute. No exceptions were noted.

Financial information

8.34 Budget and actual expenditure for 2001-02 and 2002-03 by primary classification is shown in Exhibit 8.2. The approved budget for the 2003-04 year is presented for comparative purposes.

8.35 Staff costs continue to account for approximately 90% of our budget and were underspent by $64,300 for the year ended 31 March 2003. This was the result of two unpaid leaves, plus a maternity leave.

8.36 Other services were overspent by $43,300. This was largely due to the hiring of a consultant to assist us with our strategic planning process.

8.37 Property and equipment costs were overspent by $17,000. Renovations to our offices resulted in a charge to our budget by the Department of Supply and Services of $59,000. A portion of this amount was funded by delaying the purchase of computer equipment, and by not replacing our server.

Exhibit 8.2
Budget and actual expenditure (thousands of dollars)

	2004	2003		2002	
	Budget	Budget	Actual	Budget	Actual
Wages and benefits	1,473.8	1,446.5	1,382.2	1,420.7	1,344.9
Other services	138.2	124.2	169.5	122.8	137.7
Materials and supplies	8.4	8.1	7.8	8.3	6.8
Property and equipment	52.6	76.2	93.2	45.2	28.5
	1,673.0	**1,655.0**	**1,652.7**	**1,597.0**	**1,517.9**

8.38 Subsequent to the approval by the Legislative Assembly of our 2004 budget, we were asked by the Board of Management to reduce that amount by 5%, or $83,650. We have always complied with government restraint initiatives, and, in the spirit of our goal to lead by example, we have consistently underspent our budget allocation, However, we were compelled to inform the Board of Management that in this case we would be unable to comply fully with their request. We have deferred computer purchases, restricted travel, and will do whatever we can to control our expenditures for the remainder of the year. However, persistent budget restrictions are now seriously affecting the level of staffing in the Office, and consequently the extent of the work we are able to carry out on behalf of the Legislative Assembly. This matter, and the process by which our budget is established, is discussed at greater length in chapter 1 of this Report.

8.39 Our legislation requires an annual audit of our accounts by a qualified auditor, appointed by the Speaker of the Legislative Assembly on the advice of the Board of Management. This audit is conducted by the Office of the Comptroller and their audit report is tabled before the Legislative Assembly.

Staff resources

8.40 Our Office continues to provide experience and training to our employees. New employees must enrol in a professional accounting program, namely CA (Chartered Accountant), CMA (Certified Management Accountant) or CGA (Certified General Accountant). Before staff begin this professional training they must have, as a minimum, one university degree at the bachelor level.

8.41 Staff turnover is an inevitable consequence of being a training office for professionals. During the past year, however, only one staff member left the Office.

8.42 Our staff complement, based on our available budget, remained unchanged during the year at 24. Brent White CA, Paul Jewett CA and Phil Vessey CA are the directors for our three audit teams. At 31 March 2003 there were seventeen professional staff with accounting designations. Our staff also included five students enrolled in accounting programs. The two remaining members of our staff provide administrative support services. The following is a list of staff members at 31 March 2003:

Lorna Bailey (1)
Mylène Chiasson (2)
Cathy Connors Kennedy, CA
Jocelyn Durette, CA
Kim Embleton (2)
Debbie Graye (2)
Deidre Green, CA
Sarah Hearn (2)
Eric Hopper, CA
Peggy Isnor, CA
Paul Jewett, CA
Cecil Jones, CA
Nick McCarthy (2)
Bill Phemister, CA
Bonnie Pitre, CA
Ken Robinson, CA
Yvonne Samson, CA
Al Thomas, CA
Phil Vessey, CA
Brent White, CA
Darlene Wield (1)
Daryl Wilson, FCA
Tania Wood, CA
Shauna Woodside, CA

(1) Administrative support
(2) Student enrolled in a professional accounting program

Appendices

Contents

Summary of significant audits conducted in departments and Crown agencies over the past six years 191

Sections of the *Auditor General Act* relevant to the responsibilities of the Auditor General 199

Summary of Significant Audits Conducted in Departments and Crown Agencies over the Past Six Years

The following is a list of value-for-money audits reported in a separate chapter of our annual Report over the last six years, organized by department and agency. The year of reporting is in brackets following the subject of the audit. The list is organized using the current name of the department or agency, even though in some cases the audit was conducted prior to a government reorganization.

Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture

Review of Legislation (2000)

This chapter examines how well the Department is meeting its administrative responsibilities pertaining to legislation it has been assigned, and whether the results are being adequately measured and reported to the Legislative Assembly.

Department of Business New Brunswick

Financial Assistance to Business and Performance Reporting (1998)

This chapter examines whether the Department is appropriately approving and monitoring financial assistance provided to business under the *Economic Development Act*, and whether an appropriate effectiveness reporting system is in place in the Department and functioning.

Department of Education

Pupil Transportation (2001)

This chapter examines the systems and practices in place in the Department of Education for the safe transportation of pupils to and from their schools.

Excellence in Education (1998)

This chapter examines whether the government has adequate systems in place to measure and report on the effectiveness of the Excellence in Education initiatives, and whether the government has complied with the accounting and audit provisions established by the Board of Management.

Department of the Environment and Local Government

Environmental Inspections (2002)

This chapter examines the inspection process established by the Department to monitor and report compliance with environmental legislation.

Domestic Well Water Quality (2000)

A reliable supply of safe drinking water is important to everyone. Approximately 40% of New Brunswickers living in small towns and rural areas rely on domestic wells as their primary source of water. Two regulations under the *Clean Water Act* that contribute to the prevention of drinking water problems for individuals on newly drilled or dug domestic wells are the *Water Well Regulation* and the *Potable Water Regulation*. This chapter examines the performance of the Departments of the Environment and Local Government and Health and Wellness in ensuring compliance with these regulations as they relate to private wells.

Tire Stewardship Program (1999)

This chapter examines the approach taken by government in establishing the Tire Stewardship Program, and whether or not the Department is overseeing the Program in accordance with the legislation and regulation. Our work also addresses whether or not the public is adequately protected from danger of tire fires.

Department of Family and Community Services

Child Day Care Facilities (2003)

This chapter examines whether the Department has appropriate policies and practices to ensure compliance with the Province's legislation and standards for child day care facilities.

Prescription Drug Program (2001)

This chapter examines the government plan to provide drug benefits to people who receive income assistance and those who have drug expenses for which they do not have the resources to pay. Our objective was to determine whether the Departments have appropriate systems and practices in place to ensure that each person who is eligible for benefits is offered the program, and that the plan provides services only to those people who qualify.

Department of Finance

Tax Expenditures (2003)

This chapter examines and assesses the processes of approving, monitoring, evaluating and reporting provincial tax expenditure programs.

Pension Plan Governance (2002)

This chapter examines whether the governors of two provincially sponsored pension plans have established satisfactory procedures to measure and report on the effectiveness of the plans' asset management activities.

Early Retirement Program (2001)

This chapter examines the process followed by government to reach the decision to offer a voluntary early retirement program to its employees.

Pension Plan Governance (2000)

This chapter examines the governance structure of four provincially-sponsored pension plans. It represents the first phase of a comprehensive review of pension plans covering over 40,000 employees and holding net assets in excess of $7 billion.

Consumption Tax (1999)

As of April 1, 1997 the provincial consumption tax was replaced by the federally administered Harmonized Sales Tax. Since then the government has hired additional auditors to identify unassessed taxes. We were interested in examining the economy and efficiency of this special audit effort and the collection of sales tax in general.

Evergreen and Wackenhut Leases
(Special Report for the Public Accounts Committee - 1998)

Our objective as assigned by the Public Accounts Committee was "to review the financial terms of the Evergreen and Wackenhut leases and compare the total cost under the private sector arrangements as compared to traditional government methods."

Department of Health and Wellness

Accountability of Psychiatric Hospitals and Psychiatric Units (2003)

This chapter assesses whether the Department has appropriate accountability processes in place for the operations of the psychiatric hospitals and psychiatric units under the direction of the Regional Health Authorities.

Client Service Delivery System (2002)

This chapter examines why the development of the Client Service Delivery System, which was approved in 1995 for $4.5 million and was to be operational in three years, is costing substantially more and taking much longer than anticipated. It also examines whether there has been any non-compliance with contractual arrangements, government policy or provincial legislation related to the higher costs and longer completion time.

Prescription Drug Program (2001)

This chapter examines the government plan to provide drug benefits to people who receive income assistance and those who have drug expenses for which they do not have the resources to pay. Our objective was to determine whether the Departments have appropriate systems and practices in place to ensure that each person who is eligible for benefits is offered the program, and that the plan provides services only to those people who qualify.

Domestic Well Water Quality (2000)

A reliable supply of safe drinking water is important to everyone. Approximately 40% of New Brunswickers living in small towns and rural areas rely on domestic wells as their primary source of water. Two regulations under the *Clean Water Act* that contribute to the prevention of drinking water problems for individuals on newly drilled or dug domestic wells are the *Water Well Regulation* and the *Potable Water Regulation*. This chapter examines the performance of the Departments of the Environment and Local Government and Health and Wellness in ensuring compliance with these regulations as they relate to private wells.

Food Safety (1999)

This chapter examines the Province's role in inspecting the 2,870 food service establishments in the Province. The objective of this project was to determine whether or not current systems and practices are sufficient in ensuring that food service establishments are complying with the food safety standards set out in the Regulations under the Health Act.

Extra-Mural Hospital (1999)

On 1 July 1996, The Extra Mural Hospital Corporation became the Extra-Mural Program as it merged into the regional hospital corporations. Why was this decision made? How does government make such decisions? Our interest in understanding the decision-making process of government led us to examine the merge decision.

Ambulance Services (1998)

This chapter examines the consequences of the replacement of St. John Ambulance volunteer services with paid service providers.

Department of Natural Resources and Energy

Crown Lands Management (2001)

This chapter examines the Minister's responsibilities for Crown lands, and looks at how well the Department is doing in measuring and reporting on the effectiveness of its Crown lands programs.

Private Forest Lands (2000)

This chapter examines the government's role in encouraging the management of private forest lands as the primary source of timber for wood processing facilities in the Province.

Department of Public Safety

Office of the Fire Marshal (2002)

This chapter examines whether the Office of the Fire Marshal is adequately carrying out the provisions of the *Fire Prevention Act*, and whether it has appropriate human resource systems and practices in place to sufficiently deliver provincial fire prevention and protection programs.

High Risk Drivers (2001)

This chapter examines whether the Department has a system in place to identify and respond appropriately to high-risk drivers of private passenger vehicles. It also looks at one specific class of high-risk driver – the student driver.

Department of Supply and Services

Management of Insurable Risks to Public Works Buildings (2003)

This chapter examines how the Department manages significant insurable risks for the public works buildings it is responsible for.

Cellular Phones (2002)

This chapter examines whether the government has an adequate system in place to administer the acquisition and use of cell phones.

Provincial Archives of New Brunswick (2001)

This chapter examines the work of the Provincial Archives of New Brunswick. It considers their role in the assessment and preservation of archival records.

Purchasing (2001)

This chapter examines whether the Minister is fulfilling his responsibilities under the *Public Purchasing Act* and Regulation.

Contracts for IT Professionals (2001)

This chapter presents the results of an examination of forty contracts from six departments for the services of various Information Technology professionals.

Land Management Fund (2000)

The Land Management Fund buys, manages and sells land on behalf of the government. This chapter examines whether the Fund is achieving the purposes for which it was established. This chapter also examines compliance with the government-wide policy on the disposal of real property.

Department of Training and Employment Development

Employment Development Programs (2002)

This chapter examines the management of economic development programs, and whether there are adequate procedures in place to measure and report on program effectiveness.

Department of Transportation

Vehicle Management Agency (2002)

This chapter examines whether the Vehicle Management Agency is providing repair and maintenance services for government cars, executive vehicles and light trucks in a manner which minimizes costs and maximizes efficiency. It also examines whether the Agency has adequate systems and practices in place to monitor and control the usage of fuel for government cars and light trucks.

Engineering Consulting and Road Construction Materials (2000)

This chapter examines the Department's procedures for obtaining engineering consulting services and managing its inventories of road construction materials. It also examines the progress made by the Department in implementing End Results Specifications as a guarantee of road construction quality.

Government-wide audits

Contract Administration (1999)

More and more government services are being delivered by the private sector through privatization, public-private partnerships and straight contracting-out arrangements. Our objective in performing audit work in this area was to determine what systems are in place to ensure contracts are being administered in accordance with negotiated terms and conditions.

Fredericton-Moncton Highway (1999)

This chapter examines the decision-making process that led up to the issuance of a Request for Proposals to three short-listed bidders on 27 March 1997. With the issuance of the Request for Proposals it was clear that the government was going to build the highway through a public-private partnership. We looked at the objectives government set for this project, whether alternative arrangements were considered, and whether the Request for Proposals reflected the government objectives.

Leasing of Equipment (1999)

Our audit objectives for this project were to ensure that decisions to lease were made with due regard for economy and that leases are being properly recorded in the books of the province. Our analysis and conclusions are based on examining leasing decisions for personal computers, photocopiers, fire tankers and heavy equipment.

Performance Measurement and Effectiveness Reporting (1999)

It has been ten years since the Province adopted its first annual report policy. This was the policy that recognized annual departmental and agency reports as the "major accountability document" for the Legislative Assembly and the general public. This chapter examines the progress that has been made in the past ten years in the area of performance measurement and effectiveness reporting.

Crown agency audits

Crown Agency Governance (2003)

This chapter summarizes the results of our governance reviews over the past five years, reviews practices in other jurisdictions, and makes major overall recommendations on steps the Province can take to improve Crown agency governance.

Hospital Corporation Governance (1998)

Our objective for this project was to gain an understanding of the governance arrangements relating to regional hospital corporations in the Province and to solicit the views of board members on certain issues impacting the role and effectiveness of hospital corporation boards.

New Brunswick Liquor Corporation

Governance (1999)

For a number of years our Office has taken an interest in the governance and accountability of Crown Corporations. This year we examined governance and accountability practices at the New Brunswick Liquor Corporation.

Regional Development Corporation

Economic Development Fund (1999)

In fiscal year 1997-98 over $15 million was expended from the Economic Development Fund for initiatives such as tourism marketing, agriculture development, Crown land silviculture and Film New Brunswick. Our objective in conducting work in this area was to ensure that adequate systems were in place related to the approval of funding and monitoring initiatives.

NB Agriexport Inc. (2000)

This chapter highlights the results of a special review of the operations and accountability of NB Agriexport Inc., carried out at the request of the Crown Corporations Committee.

Regional Health Authorities (2000)

This chapter summarizes the Auditor General's observations and recommendations as a result of assisting the Crown Corporations Committee in its initial hearings with regional hospital corporations.

Sections of the Auditor General Act Relevant to the Responsibilities of the Auditor General

Key Definitions

1 In this Act

"agency of the Crown" means an association, authority, board, commission, corporation, council, foundation, institution, organization or other body

(a) whose accounts the Auditor General is appointed to audit by its shareholders or by its board of management, board of directors or other governing body,

(b) whose accounts are to be audited by the Auditor General under any other Act or whose accounts the Auditor General is appointed by the Lieutenant-Governor in Council to audit,

(c) whose accounts are to be audited by an auditor, other than the Auditor General, appointed by the Lieutenant-Governor in Council, or

(d) the audit of the accounts of which the Auditor General is required to review or in respect of which the auditor's report and the working papers used in the preparation of the auditor's statement are required to be made available to the Auditor General under any other Act,

and includes

(e) (Repealed)

(f) regional health authorities as defined in the *Regional Health Authorities Act*,

(g) the New Brunswick Liquor Corporation established under the *New Brunswick Liquor Corporation Act*,

(g.1) the New Brunswick Power Corporation under the *Electric Power Act*,

Articles de la Loi sur le vérificateur général se rapportant aux fonctions du vérificateur général

Définitions-clés

1 Dans la présente loi

«organisme de la Couronne» désigne une association, une autorité, une régie, une commission, une corporation, une fondation, un conseil, une institution, une organisation ou un autre corps

(a) dont la vérification des comptes est confiée au vérificateur général par ses actionnaires ou son conseil de gestion, conseil d'administration ou autre corps directeur,

(b) dont les comptes sont vérifiés par le vérificateur général en vertu de toute autre loi ou dont les comptes sont vérifiées par le vérificateur général par le fait de sa nomination par le lieutenant-gouverneur en conseil,

(c) dont les comptes sont vérifiés par un vérificateur, autre que le vérificateur général, nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil, ou

(d) dont la vérification des comptes doit être révisée par le vérificateur général ou à l'égard duquel le rapport du vérificateur et les documents de travail utilisés dans son compte-rendu doivent être mis à la disposition du vérificateur général en vertu de toute autre loi;

et s'entend également

(e) (Abrogé)

(f) des régies régionales de la santé telles que définies dans la *Loi sur les régies régionales de la Santé*,

(g) de la Société des alcools du Nouveau-Brunswick établie en vertu de la *Loi sur la Société des alcools du Nouveau-Brunswick*,

(g.1) de la Société d'énergie du Nouveau-Brunswick en vertu de la *Loi sur l'énergie électrique*,

(g.2) the Workplace Health, Safety and Compensation Commission under the *Workplace Health, Safety and Compensation Commission Act*, and

(g.3) the Atlantic Lottery Corporation Inc.,

but does not include

(h) a trust company carrying on business under the *Trust Companies Act* whose books are to be audited by an inspector or auditor appointed by the Lieutenant-Governor in Council under section 12 of the *Trust Companies Act* or a loan company or trust company carrying on business under the *Loan and Trust Companies Act* whose books are to be audited under any provision of that Act,

(g.2) de la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail en vertu de la *Loi sur la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail*, et

(g.3) la Société des Loteries de l'Atlantique Inc.,

mais ne comprend pas

(h) une compagnie de fiducie faisant affaire en vertu de la *Loi sur les compagnies de fiducie* dont les livres doivent être vérifiés par un inspecteur ou un vérificateur nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil en vertu de l'article 12 de la *Loi sur les compagnies de fiducie* ou une compagnie de prêt ou une compagnie de fiducie exerçant ses activités en vertu de la *Loi sur les compagnies de prêt et de fiducie* dont les livres doivent être vérifiés conformément à une disposition de cette loi;

Examination of Accounts

8(1) The Auditor General shall audit on behalf of the Legislative Assembly and in such manner as he considers necessary the accounts of the Province relating to

(a) the Consolidated Fund,

(b) all public property, and

(c) all trust or special purpose funds.

8(2) Where the accounts of an agency of the Crown are not audited by another auditor, the Auditor General shall perform the audit.

8(3) Where the accounts of an agency of the Crown are audited other than by the Auditor General the person performing the audit shall

(a) deliver to the Auditor General forthwith after completion of the audit a copy of his report of his findings and his recommendations together with a copy of the audited financial statement of the agency of the Crown;

Examen des comptes

8(1) Le vérificateur général doit vérifier au nom de l'Assemblée législative de la manière qu'il juge nécessaire les comptes de la province concernant

(a) le Fonds consolidé,

(b) tous les biens publics, et

(c) tous les fonds en fiducie ou fonds destinés à des fins spéciales.

8(2) Le vérificateur général doit vérifier les comptes et les opérations financières concernant un organisme de la Couronne et qui ne sont pas vérifiés par un autre vérificateur.

8(3) Lorsque les comptes et les opérations financières d'un organisme de la Couronne ne sont pas vérifiés par le vérificateur général, la personne qui les vérifie doit

(a) transmettre au vérificateur général, une fois la vérification achevée, une copie des conclusions de son rapport avec les recommandations et la copie de l'état financier vérifié de l'organisme de la Couronne;

(b) make available forthwith to the Auditor General, when so requested by him, all working papers, reports, schedules and other documents in respect of the audit or in respect of any other audit of the agency of the Crown specified in the request; and

(c) provide forthwith to the Auditor General, when so requested by him, a full explanation of work performed, tests obtained, and any other information within his knowledge in respect of the agency of the Crown.

8(4) Where the Auditor General is of the opinion that any information, explanation or document that is provided, made available or delivered to him by the person referred to in subsection (3) is insufficient, he may conduct or cause to be conducted such additional examination and investigation of the records and operations of the agency or corporation as he considers necessary.

9 The Auditor General may, at his discretion,

(a) examine debentures and other securities of the Province that have been redeemed and determine whether such securities have been properly cancelled, and

(b) participate in the destruction of redeemed, cancelled or unissued securities.

Report on Financial Statements

10 The Auditor General shall examine the several financial statements required by section 48 of the *Financial Administration Act* to be included in the Public Accounts and shall express his opinion as to whether they fairly present information in accordance with stated accounting policies of the Province and on a basis consistent with that of the preceding year, together with any reservations he may have.

Special Assignments

11(1) Whenever the Legislative Assembly, the Standing Committee on Public accounts, the Lieutenant-Governor in Council, the Chairman of the Board of Management or the Minister of Finance so requests, the Auditor General may, if in his opinion such an assignment does not interfere with his primary

(b) rendre disponibles sans délai au vérificateur général, sur demande de celui-ci, tous documents de travail, rapports, bordereaux et autres documents concernant la dite vérification ou toute autre vérification de l'organisme de la Couronne précisés dans sa requête; et

(c) communiquer sans délai au vérificateur général, sur demande de celui-ci, des explications complètes sur le travail accompli, les épreuves obtenues et tous autres renseignements qu'elle possède sur l'organisme de la Couronne.

8(4) Lorsque le vérificateur général trouve insuffisants les renseignements, explications ou documents qui lui sont fournis, rendus disponibles ou transmis par la personne mentionnée au paragraphe (3), il peut, s'il le juge nécessaire, procéder ou faire procéder à un examen ou à une enquête portant sur les dossiers et les opérations de l'organisme ou corporation.

9 Le vérificateur général peut à sa discrétion

(a) examiner les débentures et autres titres de la province qui ont été rachetés et déterminer si ses titres ont été dûment annulés et

(b) participer à la destruction des titres rachetés annulés ou non émis.

Rapport sur les états financiers

10 Le vérificateur général examine les différents états financiers qui doivent figurer dans les comptes publics en vertu de l'article 48 de la *Loi sur l'administration financière;* il indique s'il est d'avis que les états sont présentés fidèlement et conformément aux conventions comptables établies pour la province et selon une méthode compatible avec celle de l'année précédente et indique les réserves qu'il peut avoir.

Projets spéciaux

11(1) Le vérificateur général peut sur demande de l'Assemblée législative, du Comité permanent des comptes publics, du lieutenant-gouverneur en conseil, du président du Conseil de gestion ou du ministre des Finances, faire enquête et rapport sur toute question relative aux affaires financières ou aux biens de la

responsibilities, inquire into and report on any matter relating to the financial affairs of the Province or to public property or inquire into and report on any person or organization that has received financial assistance from the Province or in respect of which financial assistance from the Province is sought.

11(2) For the purposes of this section, the Auditor General has the powers of a commissioner under the *Inquiries Act*.

Content of Annual Report

13(1) The Auditor General shall report annually to the Legislative Assembly

(a) on the work of his office, and

(b) on whether, in carrying on the work of his office, he received all the information and explanations he required.

13(2) Each report of the Auditor General under subsection (1) shall indicate anything he considers to be of significance and of a nature that should be brought to the attention of the Legislative Assembly including any cases in which he has observed that

(a) any person wilfully or negligently failed to collect or receive money belonging to the Province;

(b) public money was not accounted for and paid into the Consolidated Fund;

(c) an appropriation was exceeded or applied to a purpose or in a manner not authorized by the Legislature;

(d) an expenditure was made without authority or without being properly vouched or certified;

(e) there has been a deficiency or loss through fraud, default or mistake of any person;

(f) money has been expended without due regard to economy or efficiency;

province ou aux biens publics ou sur toute personne ou organisation qui a reçu ou sollicite une aide financière de la province si le vérificateur général estime que pareille demande n'entrave pas l'exercice de ses principales attributions.

11(2) Aux fins du présent article, le vérificateur général détient les pouvoirs que confère à un commissaire la *Loi sur les enquêtes*.

Contenu du rapport annuel

13(1) Le vérificateur général doit faire rapport annuellement à l'Assemblée législative

(a) sur le travail de son bureau, et

(b) sur le fait qu'il a reçu ou non dans l'exécution du travail de son bureau toutes les informations et tous les éclaircissements qu'il a demandés.

13(2) Le vérificateur général doit indiquer dans chaque rapport préparé en vertu du paragraphe (1) tout fait qu'il estime significatif et qui par sa nature doit être porté à l'attention de l'Assemblée législative y compris les cas dans lesquels

(a) une personne a, volontairement ou par négligence, omis de percevoir ou de recevoir des sommes appartenant à la province;

(b) il n'a pas été rendu compte de deniers publics et ceux-ci n'ont pas été versés au Fonds consolidé;

(c) un crédit a été dépassé ou a été affecté à une fin ou d'une manière non autorisée par la Législature;

(d) une dépense a été engagée sans autorisation ou sans avoir été dûment certifiée ou appuyée de pièces justificatives;

(e) il y a eu manque ou perte par suite de fraude, faute ou erreur d'une personne;

(f) des sommes ont été dépensées sans due considération pour l'économie ou l'efficience;

RAPPORT DU

vérificateur général
du Nouveau-Brunswick

volume 1

2003

RAPPORT DU

vérificateur général

du Nouveau-Brunswick

volume 1

2003

Publié par:
Le bureau du vérificateur général
Province du Nouveau-Brunswick

Décembre 2003

ISSN 0382-1420

Office of the
Auditor General

Bureau du
vérificateur général

New
Nouveau Brunswick

L'honorable Bev Harrison
Président de l'Assemblée législative
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le président,

Conformément au paragraphe 13(1) de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de soumettre volume 1 de mon rapport de 2003 à l'Assemblée législative.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments respectueux.

Le vérificateur général,

Daryl C. Wilson, FCA

Fredericton, N.-B.
le 2 décembre 2003

Tel/Téléphone:
(506) 453-2243
Fax/Télécopieur:
(506) 453-3067

P.O. Box 758
Fredericton
New Brunswick
Canada E3B 5B4

Case postale 758
Fredericton
Nouveau-Brunswick
Canada E3B 5B4

Table des matières

Contenu

Chapitre 1 - Introduction

Rapidité de la publication 3
Le rapport sera publié en deux volumes 3
Commentaires sur le travail de cette année 3
Commentaires sur les activités de mon bureau 7
Autres commentaires de nature générale 9
Remerciements 11

Chapitre 2 - Ministère des Services familiaux et communautaires Installations de garderie

Contexte 15
Étendue 17
Résumé des résultats 18
Le processus d'agrément 19
Planification et réalisation des inspections et utilisation des résultats d'inspection 34
Directives et procédures 44
Reddition de comptes - Surveillance du programme et information communiquée sur le programme 46
Sommaire 48
Conclusion 51

Chapitre 3 - Ministère des Finances Programmes de dépenses fiscales

Contexte 55
Étendue 56
Résumé des résultats 57
Approbation des programmes de dépenses fiscales 58
Objectifs des programmes de dépenses fiscales 60
Surveillance et évaluation des programmes de dépenses fiscales 62
Rapport sur l'efficacité 65

Table des matières

Contenu

Chapitre 4 - Ministère de la Santé et du Mieux-être
Reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques

Contexte . . . 71
Étendue . . . 73
Résumé des résultats . . . 74
Reddition de comptes . . . 75
Cibles et normes de rendement . . . 76
Information de nature redditionnelle . . . 83
Évaluation du rendement et mesures correctives . . . 90

Chapitre 5 - Ministère de l'Approvisionnement et des Services
Gestion des risques assurables associés aux bâtiments publics

Contexte . . . 103
Étendue . . . 105
Résumé des résultats . . . 105
Gestion par le ministère des bâtiments du MRNE et du MT . . . 107
Renseignements sur les bâtiments . . . 108
Affectation du personnel approprié . . . 109
Procédures pour déterminer les facteurs de risque . . . 112
Des inspections devraient avoir lieu périodiquement . . . 114
Examen du programme d'inspection . . . 115
Compétences des inspecteurs . . . 116
Documentation des résultats d'inspection en temps opportun . . . 117
Correction des problèmes repérés dans des délais appropriés . . . 118
Suivi des pertes assurables . . . 119

Chapitre 6 - Gouvernance des organismes de la Couronne

Contexte . . . 125
Objectif et étendue . . . 128
Résumé des recommandations . . . 129
Priorités clés pour une gouvernance efficace . . . 132

Table des matières

Contenu

Chapitre 7 - Suivi sur le travail de vérification d'exercices antérieurs

Contexte . . . 167
Étendue . . . 167
Recommandations de 1999 . . . 169
Recommandations de 2000 . . . 179
Recommandations de 2001 . . . 185

Chapitre 8 - Bureau du vérificateur général

Contexte . . . 205
Rôle et pertinence du bureau . . . 205
Nouveau plan stratégique . . . 206
Indicateurs du rendement . . . 207
Informations financières . . . 210
Ressources humaines . . . 212

Annexes

Sommaire des vérifications importantes réalisées dans les ministères et les organismes de la Couronne depuis six ans . . . 215

Articles de la *Loi sur le vérificateur général* se rapportant aux fonctions du vérificateur général (voir pages 199 - 204 de l'anglais)

Chapitre 1
Introduction

Contenu

Rapidité de la publication 3
Le rapport sera publié en deux volumes 3
Commentaires sur le travail de cette année 3
Commentaires sur les activités de mon bureau 7
Autres commentaires de nature générale 9
Remerciements 11

Introduction

Rapidité de la publication

1.1 Au moment de la rédaction du présent rapport annuel, il semble que les états financiers vérifiés de la province pour l'exercice terminé le 31 mars 2003 ne seront pas publiés avant la fin de novembre 2003, sinon plus tard, soit plus de sept mois après la fin de l'exercice. Pour être utilisée dans la prise de décisions et la reddition de comptes, l'information doit être opportune. Lorsqu'un gouvernement est déjà rendu au septième mois de l'exercice suivant, les avantages des décisions prises sur la base de cette information peuvent être limités. Plus important encore probablement est le fait que les contribuables attendent toujours de voir comment leur argent a été dépensé. Certaines provinces canadiennes publient leurs états financiers vérifiés avant la fin de juin. Notre province devrait adopter un régime de rapport similaire.

Le rapport sera publié en deux volumes

1.2 Le rapport annuel du vérificateur général comprend normalement un chapitre sur les indicateurs financiers. Cependant, en raison du retard qu'a pris le gouvernement dans la clôture de ses comptes, nous ne pouvons pas présenter nos commentaires dans ce volume. Nous avons l'intention de préparer un second volume, qui comprendra nos observations financières; ce volume sera publié au début de la prochaine année civile. Nous avons aussi l'intention d'inclure dans le second volume un rapport sur le travail que nous avons fait concernant la gestion de l'absentéisme, et en particulier le congé de maladie. Par ailleurs, mon bureau est en train d'effectuer du travail dans le domaine de l'industrie salmonicole, et nos constatations seront prêtes pour publication en juin 2004. Le Bureau du vérificateur général du Canada et le Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique se penchent également sur l'industrie salmonicole, et nous prévoyons publier nos rapports en même temps.

1.3 Je voudrais soulever quelques questions dans ce chapitre, certaines ayant trait à des projets réalisés cette année, d'autres portant sur les activités du Bureau du vérificateur général et d'autres encore de nature plus générale. Je commence en soulignant l'importance d'une bonne gouvernance et d'une bonne reddition de comptes.

Commentaires sur le travail de cette année

Gouvernance

1.4 Au cours des dernières années, plusieurs scandales ont éclaté dans le secteur privé et entraîné l'effondrement de compagnies telles qu'Enron aux États-Unis et Bre-X Minerals au Canada. Ces scandales ont eu pour résultat d'accroître la sensibilisation publique et l'intérêt envers les questions de gouvernance et de reddition de comptes des conseils. Les conseils d'administration des compagnies en question

n'ont pas représenté l'intérêt supérieur des actionnaires qui les ont nommés. De plus, ils n'ont ajouté à peu près aucune valeur aux sociétés qu'ils gouvernaient, ayant plutôt aveuglément suivi les conseils et soutenu les décisions de la haute direction.

1.5 En 2001, le Comité mixte sur la gouvernance d'entreprise, auquel siègent l'Institut Canadien des Comptables Agréés et la Bourse de Toronto, a déclaré ce qui suit dans son rapport final :

> *Une bonne gouvernance a pour objectif d'accroître la solidité, la viabilité et la compétitivité des sociétés.*

1.6 Donc, lorsqu'on examine la gouvernance de n'importe quelle société, il est donc important de s'assurer que des freins et contrepoids adéquats sont en place pour éviter une gouvernance médiocre, tout comme il est important d'avoir en place des mécanismes qui favorisent une bonne gouvernance.

1.7 Au Nouveau-Brunswick, l'ampleur des services gouvernementaux fournis par les organismes de la Couronne est considérable. Ainsi, huit régies régionales de la santé sont chargées de la prestation d'une large part des soins de santé offerts dans la province. Des organismes de la Couronne ont été créés pour s'occuper de la distribution et de la vente des produits alcoolisés, répondre aux besoins en matière d'électricité, exécuter des programmes de développement régional et gérer des caisses de retraite dont les biens dépassent 5 milliards de dollars. On compte dans les états financiers du gouvernement environ 35 organisations à qui a été confiée la responsabilité de fournir des services gouvernementaux et qui, à leur tour, doivent rendre des comptes à l'Assemblée législative. C'est la raison pour laquelle les principes d'une bonne gouvernance et d'une bonne reddition de comptes ont une telle importance. Et c'est aussi la raison pour laquelle nous avons réalisé entre 1996 et 2000 cinq projets reliés à la gouvernance, qui ont abouti au projet détaillé sur la gouvernance des organismes de la Couronne dont nous faisons rapport cette année. Les résultats de notre travail se trouvent au chapitre 6. Nous formulons un total de 19 recommandations qui touchent pratiquement tous les aspects de la gouvernance d'entreprise. Il ne fait aucun doute que l'adoption de ces recommandations améliorera notre culture de gouvernance mais, plus important encore, renforcera la reddition de comptes et, au bout du compte, améliorera le rendement. J'espère que nos observations et nos recommandations sont reçues dans un tel esprit, c'est-à-dire comme une tentative d'améliorer la gouvernance.

1.8 Toujours dans le même domaine, je signale dans notre chapitre de suivi, le chapitre 7, que le conseil d'administration de la Société des alcools du Nouveau-Brunswick n'était pas d'accord avec 13 des 19 recommandations que nous avions formulées en 1999 à la suite de l'examen des structures de gouvernance et de reddition de comptes de la société. Voilà qui m'a étonné car, dans presque tous les cas, la

recommandation visait à encourager une pratique qui est généralement reconnue. Récemment, on m'a informé que le conseil actuel a pris des mesures et a l'intention d'en prendre d'autres visant à promouvoir une gouvernance efficace par le conseil et à assurer une meilleure reddition de comptes à l'endroit des actionnaires. Cela m'encourage, et j'espère que le travail dont nous faisons rapport cette année aidera la société, d'autres organismes de la Couronne et le gouvernement à améliorer les pratiques de gouvernance au sein du gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Reddition de comptes

1.9 Cette année, nous avons aussi effectué une vérification portant sur la reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. L'origine de cette vérification est semblable à la vérification de la gouvernance des organismes de la Couronne, puisque un nombre grandissant de services ne relèvent pas du contrôle direct des ministères. Par exemple, de nombreux services de santé, dont les services de traitement des dépendances, les soins extra-muraux, les soins oncologiques, les soins cardiaques et les services de santé mentale, se trouvent sous la direction des régies régionales de la santé. Comme le contrôle au niveau régional et les sommes dépensées pour soutenir les activités régionales ne cessent de s'accroître, il devient de plus en plus important d'avoir en place des mécanismes centraux pour faire en sorte que le gouvernement atteigne ses objectifs par l'entremise de tels programmes. Les résultats de notre travail dans le domaine se trouvent au chapitre 4. Notre conclusion globale est que le ministère de la Santé et du Mieux-être n'a pas instauré des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. En d'autres termes, il ne reçoit pas des renseignements suffisants pour lui permettre d'évaluer le rendement. Le travail de mon bureau à cet égard aura une valeur encore plus grande pour le gouvernement et l'Assemblée législative (et, au bout du compte, pour les citoyens du Nouveau-Brunswick) s'il sert de base à l'évaluation d'autres situations dans lesquelles les services ne relèvent pas du contrôle et de la surveillance directs d'un ministère.

Installations de garderie

1.10 L'Assemblée législative a adopté des mesures législatives et le gouvernement a établi des normes visant les installations de garderie du Nouveau-Brunswick. Nous avons pensé que les députés voudraient savoir si le ministère des Services familiaux et communautaires a des directives et des méthodes appropriées pour assurer la conformité aux mesures législatives et aux normes. Nous avons constaté que, bien que le ministère ait établi des processus pour l'agrément et l'inspection des installations de garderie, ceux-ci ne sont pas suffisants et n'assurent pas toujours la conformité aux mesures législatives et aux normes. Les résultats de notre travail se trouvent au chapitre 2.

Dépenses fiscales

1.11 Dans le chapitre 3, nous formulons des observations et des recommandations concernant les dépenses fiscales. Le terme « dépenses fiscales » désigne des recettes cédées en raison d'exonérations, de

déductions ou de remises particulières qui réduisent le montant de la taxe ou de l'impôt qui, autrement, serait payable à la province. Par exemple, l'exonération de la taxe de vente sur l'essence utilisée par les agriculteurs et les pêcheurs est une dépense fiscale. À la suite de notre travail, nous avons noté que les dépenses fiscales ne font pas chaque année l'objet du même examen rigoureux et de la même approbation par l'Assemblée législative que les dépenses au compte ordinaire. De plus, aucun rapport public n'est fait sur l'efficacité de ces programmes.

Gestion des risques assurables

1.12 Vers la fin des années 1980, le gouvernement a pris la décision de ne plus assurer les bâtiments provinciaux, ce qui signifiait que toute perte reliée à des incidents tel qu'un incendie serait dorénavant assumée par les contribuables. Nous avons voulu déterminer comment le ministère de l'Approvisionnement et des Services gère les risques associés aux bâtiments publics dont il est responsable. En d'autres termes, quelles sont les mesures qui sont prises pour minimiser le risque de perte à un de nos bâtiments? Nous faisons rapport de nos résultats au chapitre 5.

Commentaires sur les mesures prises pour donner suite à nos recommandations d'exercices antérieurs

1.13 Je vais souligner un certain nombre de questions tirées de notre chapitre de suivi, le chapitre 7, lequel porte sur les recommandations d'exercices antérieurs. Nous avons comme politique de suivre l'état de nos recommandations durant une période de quatre ans après leur parution dans notre rapport.

Dans certains cas, peu de recommandations ont été adoptées

1.14 C'est la dernière fois que nous faisons rapport sur le travail que nous avons effectué en 1999 concernant le rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être à l'égard des normes relatives à la salubrité des aliments et la gouvernance exercée à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick. En 1999, nous avons formulé 36 recommandations ayant trait au rôle du ministère dans l'assurance que les établissements de services alimentaires respectent les normes de salubrité des aliments. Seulement quatre recommandations ont été mises en œuvre depuis. Je suis très déçu de constater la lenteur des progrès dans un domaine qui touche directement la sécurité de notre population. Les recommandations qui n'ont pas été adoptées sont reprises au chapitre 7. Les 13 recommandations avec lesquelles la Société des alcools du Nouveau-Brunswick n'était pas d'accord sont aussi reprises dans le chapitre 7.

Certaines de nos recommandations de vérification ont reçu un accueil très favorable

1.15 La plupart de nos constatations sur le suivi sont positives. En 2001, nous avons fait 74 recommandations à la suite d'une vérification à la Direction du transport scolaire au ministère de l'Éducation. En deux ans, le ministère a mis en œuvre 50 recommandations et en a partiellement adopté 14. Voilà un accomplissement remarquable. De plus, le ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture a mis en œuvre les huit recommandations qui avaient trait à la vérification des contrôles sur la manipulation d'argent et les stocks, et le ministère des Finances a adopté les six recommandations que nous avons formulées à

la suite de l'examen d'un nouveau système automatisé de comptes débiteurs.

L'adoption de certaines recommandations dépasse la responsabilité d'un seul ministère

1.16 J'attire l'attention des députés de l'Assemblée législative sur quatre recommandations que nous avions formulées en 2000 à la suite d'un examen des mesures législatives ayant trait au ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture. Ces recommandations ont été faites dans l'intention d'aider l'Assemblée législative à remplir la responsabilité qu'elle a de veiller à l'efficacité et à la pertinence des mesures législatives. Même si elles s'adressaient au départ au ministère, les recommandations sont applicables à tous les ministères qui sont chargés de l'administration de mesures législatives. Les quatre recommandations se trouvent aux paragraphes 7.98 à 7.102. J'espère que tant l'Assemblée législative que le gouvernement verront la valeur de ces recommandations et que des mesures appropriées seront prises.

Nouvelle annexe

1.17 J'ai ajouté un nouveau volet à notre rapport annuel cette année; il s'agit d'une brève description de chaque vérification importante que nous avons réalisée dans les ministères et les organismes de la Couronne depuis six ans. L'information est regroupée par ministère et organisme et se trouve à l'annexe 1.

Commentaires sur les activités de mon bureau

1.18 J'attire l'attention de l'Assemblée législative sur trois points particuliers concernant les activités du Bureau du vérificateur général. Si j'estime que ces points sont d'une extrême importance, c'est qu'ils ont directement trait à la responsabilité de l'Assemblée législative de demander des comptes au gouvernement en poste et à la capacité du vérificateur général d'agir en toute indépendance. De plus, seule l'Assemblée législative peut les résoudre. Ces trois points sont les suivants :

- le processus d'approbation du budget annuel du Bureau du vérificateur général;
- la situation budgétaire de mon bureau;
- le mode de nomination du vérificateur général.

Le processus d'approbation du budget annuel du Bureau du vérificateur général

1.19 Le paragraphe 17(1) de la *Loi sur le vérificateur général* exige du vérificateur général qu'il présente des prévisions budgétaires annuelles au Conseil de gestion. Ce dernier, qui est un sous-comité du Cabinet, décide du montant définitif qui sera inscrit au Budget principal pour les activités du bureau. Donc, dans les faits, l'entité que notre mandat nous oblige à vérifier détermine le montant qui sera affecté au financement de nos activités.

1.20 Fait intéressant à noter, le paragraphe 4(4) exige que le vérificateur général détermine le personnel nécessaire au bureau, ce qui est évidemment vide de sens si le financement n'est pas fourni. Plus préoccupant est le fait que l'entité de laquelle je relève, l'Assemblée législative, n'intervient pas suffisamment tôt dans le processus pour être en mesure d'en influencer l'issue.

1.21 Les budgets d'au moins sept bureaux du vérificateur sont présentés directement aux comités de l'Assemblée législative aux fins d'approbation, conformément aux lois de ces provinces. Dans un cas, l'Ontario, le budget est d'abord présenté au gouvernement, puis à un comité de l'Assemblée législative. De plus, une disposition prévoit la présence de la présidence et de la vice-présidence du Comité des comptes publics aux réunions du Conseil de gestion durant l'examen du budget du bureau du vérificateur.

1.22 Si l'Assemblée législative ou l'un de ses comités participait à l'examen du budget, l'indépendance du bureau s'en trouverait grandement accrue et l'Assemblée législative aurait davantage l'assurance que le bureau est en mesure de s'acquitter de ses responsabilités.

1.23 Dans mon rapport annuel de 2001, je souligne que, en ma qualité de fonctionnaire de l'Assemblée législative, je devrais pouvoir m'adresser à un comité de l'Assemblée législative pour des questions de nature administrative. L'examen du budget annuel de mon bureau pourrait être l'une de ces questions administratives.

La situation budgétaire de mon bureau

1.24 Étant donné l'arrangement actuel, l'Assemblée législative n'est pas au courant des demandes de personnel ou de fonds que le Conseil de gestion n'accepte pas. Bien que mon bureau ait, à plusieurs reprises, suivi les directives budgétaires du gouvernement, nous avons, à d'autres occasions, demandé du personnel supplémentaire et les fonds connexes, demandes qui n'ont pas été approuvées. Il s'ensuit que les fonds actuellement à ma disposition soutiennent un effectif de 23 personnes, alors que cet effectif était de 27 personnes il y a sept ans.

1.25 Pour l'exercice 2004-2005, je demanderai, en vertu du paragraphe 4(4) de la *Loi sur le vérificateur général*, deux vérificateurs principaux de plus et, en vertu du paragraphe 17(1), une hausse de financement de 200 000 $. Nous avons besoin du personnel supplémentaire pour accroître l'étendue de notre travail de vérification dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des systèmes automatisés, domaines importants sur le plan financier et qui touchent l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. Les fonds additionnels serviront à payer le personnel supplémentaire et à assurer un financement suffisant pour la formation, la technologie et autres services de soutien.

Mode de nomination du vérificateur général

1.26 Le vérificateur général est un fonctionnaire de l'Assemblée législative qui, selon la loi, est nommé pour un mandat de cinq à dix ans et peut seulement être révoqué sur un vote des deux tiers des députés de l'Assemblée législative. Ces dispositions font beaucoup pour assurer l'indépendance du vérificateur général, mais le mode de nomination présente une lacune importante. Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur le vérificateur général* accorde au lieutenant-gouverneur en conseil la responsabilité de nommer le vérificateur général. Rien dans la loi

n'indique que le gouvernement doit consulter les autres partis de l'Assemblée législative. Dans les faits, le pouvoir de nommer le vérificateur a été confié à l'entité qui sera vérifiée par ce même vérificateur. Voilà qui devrait préoccuper l'Assemblée législative, car elle se tourne vers le vérificateur général pour obtenir de information objective et des conseils indépendants.

1.27 Comme la nomination du vérificateur général doit être apolitique, tous les partis politiques devraient participer de quelque manière au processus. D'après ce que je comprends, une telle consultation a eu lieu par le passé par simple courtoisie, mais rien ne l'exige. En Colombie-Britannique, la nomination suit une recommandation d'un comité spécial de l'Assemblée législative et de l'Assemblée législative elle-même. L'Assemblée législative intervient aussi directement dans la nomination du vérificateur en Alberta, en Ontario, au Québec et à Terre-Neuve. En Saskatchewan et en Ontario, la présidence du Comité des comptes publics est consultée. Le vérificateur général doit être indépendant et perçu comme indépendant. Je demande que des mesures soient prises pour assurer la participation de l'Assemblée législative à la nomination de tous les futurs vérificateurs généraux.

Autres commentaires de nature générale

Gestion des risques

1.28 Dans deux de nos vérifications de cette année, nous formulons des recommandations concernant la gestion des risques. Ainsi, dans le cadre de notre vérification des installations de garderie, nous avons dit que le ministère des Services familiaux et communautaires « devrait employer une approche basée sur la gestion des risques ou avoir une méthode type d'établissement des priorités du travail d'inspection pour le Programme des services de garderie ». Pour ce qui est de notre vérification sur la gestion des risques associés aux bâtiments, nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services « élabore et consigne un plan de gestion des risques. Le plan devrait comprendre tous les risques importants associés à chacun de ses bâtiments [...] et documenter les procédures à suivre pour déterminer les facteurs de risque associés à chaque bâtiment. »

1.29 L'année dernière, à la suite de notre travail sur les inspections environnementales, nous déclarions que : « Pour l'aider dans l'exécution des mesures législatives qu'il administre, le ministère devrait suivre une approche de gestion des risques et élaborer une stratégie et un programme d'inspection. Le plan d'inspection devrait préciser le travail d'inspection requis, tant les secteurs à inspecter que la fréquence des inspections. »

1.30 En 2001, l'une de nos recommandations sur le transport scolaire voulait que « le ministère aborde clairement les principaux risques en matière de sécurité des autobus dans le matériel de formation qu'il remet aux élèves. Le ministère devrait envisager l'utilisation des statistiques nationales sur les accidents comme moyen d'expliquer aux enfants et aux parents où sont les risques. »

1.31 En 1999, à la suite de notre travail sur la salubrité des aliments, nous avions ceci à dire : « L'évaluation des risques des établissements de services alimentaires permettra aux inspecteurs de déterminer la fréquence des inspections, de planifier les activités, puis d'établir un calendrier en conséquence. Il serait indiqué de mettre les évaluations de risque à jour chaque année. [...] Pour utiliser les ressources plus efficacement, le calendrier devrait accorder la priorité aux établissements de services alimentaires à risque plus élevé. »

1.32 Sur la foi de notre travail de cette année et des dernières années, il semble qu'il existe un besoin de formation et de perfectionnement en matière de gestion des risques. Il ne fait aucun doute que la plupart sinon tous les ministères doivent déterminer et gérer les risques. C'est la raison pour laquelle j'estime que la question touche le gouvernement central et que le Conseil de gestion devrait assurer le leadership nécessaire en matière de formation à cet égard.

Les administrations locales du Nouveau-Brunswick ne suivent pas les recommandations du CCSP

1.33 L'Institut Canadien des Comptables Agréés a mis sur pied le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public afin de publier des recommandations et des conseils sur des aspects qui touchent la comptabilité dans le secteur public. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick suit les recommandations du CCSP pour ses états financiers, mais il n'a pas exigé des municipalités qu'elles en fassent autant. Je suis d'avis que, si les administrations locales étaient tenues de suivre ces recommandations, la qualité de leurs rapports financiers s'en trouverait grandement améliorée. Le CCSP reconnaît que les états financiers devraient constituer des éléments probants sur le plan de la reddition de comptes et présenter « des informations nécessaires aux législateurs et autres utilisateurs pour les aider à faire des évaluations et à porter des jugements sur les activités et la gestion financières du gouvernement. »

1.34 Au Nouveau-Brunswick, les administrations locales suivent le *Guide servant à la présentation des rapports financiers municipaux* pour faire rapport de leurs résultats financiers. Élaboré en 1993, le guide a subi deux ou trois mises à jour depuis, mais il n'est pas aussi détaillé que les recommandations du CCSP et ne fait pas autorité comme source indépendante d'établissement de normes nationales. Le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux m'a informé qu'il prévoit effectuer en 2004 un examen complet des recommandations du CCSP afin de déterminer l'ampleur de l'étude qu'il faudrait mener avant de procéder à une révision complète du manuel en 2005.

1.35 Même si je comprends que l'adoption des recommandations du CCSP peut présenter des défis pour les administrations locales, j'incite le ministère et le gouvernement à le faire. À l'heure actuelle, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont adopté les recommandations du CCSP pour leurs administrations locales.

À propos de notre bureau

1.36 Dans la plupart de nos travaux, nous examinons la mesure dans laquelle le ministère ou l'organisme de la Couronne a commenté son rendement, soit par la prestation d'un service, soit dans l'atteinte d'objectifs ou d'indicateurs du rendement annuels. Nous formulons des recommandations lorsque nous pensons qu'elles sont justifiées.

1.37 Notre propre responsabilité à un tel égard nous est constamment rappelé, car nous devons nous aussi faire preuve d'efficience et rendre des comptes. Le chapitre 8 constitue notre rapport redditionnel annuel; nous estimons que ce rapport est conforme à la directive sur les rapports annuels du gouvernement. Nous y présentons de l'information sur nos buts, nos indicateurs du rendement et nos résultats.

1.38 Un indicateur clé de notre rendement est habituellement constitué des résultats de l'enquête que nous menons auprès des membres du Comité des comptes publics et du Comité des corporations de la Couronne. Cette année, en raison des élections provinciales, les comités ne se sont pas réunis pour discuter de notre rapport avant la fin de 2003 et, pour cette raison, nous n'avons pas mené d'enquête.

1.39 Nous avons fait des efforts particuliers cette année pour terminer notre plan stratégique de 2003-2008. Le nouveau plan stratégique énonce les trois principaux buts sur lesquels nous concentrerons nos efforts au cours des cinq prochaines années. Ces buts sont :

- que l'Assemblée législative et le public connaissent le travail que nous faisons et en apprécie la valeur, et qu'ils aient confiance dans notre capacité de fournir de l'information opportune, objective et crédible;
- que les ministères et les organismes acceptent et mettent en œuvre nos recommandations;
- que nos intervenants, soit l'Assemblée législative, le public, les entités vérifiées et nos employés, nous perçoivent comme menant par l'exemple.

1.40 Ces buts sont assortis d'objectifs et de mesures à prendre. Le plan stratégique nous a également amené à déterminer de nouvelles mesures du rendement. Une discussion plus approfondie de notre plan stratégique se trouve au chapitre 8.

Remerciements

1.41 Le présent rapport est l'aboutissement d'un travail énorme accompli par le personnel de mon bureau. Encore une fois, je lui suis très reconnaissant pour ses conseils professionnels et son dévouement.

Le vérificateur général,

Daryl C. Wilson, FCA

Chapitre 2
Ministère des Services familiaux et communautaires
Installations de garderie

Contenu

Contexte 15
Étendue 17
Résumé des résultats 18
Le processus d'agrément 19
Planification et réalisation des inspections et utilisation des résultats d'inspection 34
Directives et procédures 44
Reddition de comptes - Surveillance du programme et information communiquée sur le programme 46
Sommaire 48
Conclusion 51

Ministère des Services familiaux et communautaires Installations de garderie

Contexte

2.1 « Nos enfants représentent notre plus grand espoir et aussi notre plus importante responsabilité. » Voilà ce que le premier ministre Bernard Lord a dit dans son *Discours sur l'état de la province* prononcé le 30 janvier 2003, et c'est une déclaration avec laquelle la plupart des gens du Nouveau-Brunswick seront d'accord. Le gouvernement offre plusieurs programmes à l'intention des enfants. Voulant déterminer le degré de participation du gouvernement dans les installations de garderie pour enfants, nous avons appris ce qui suit.

2.2 C'est la *Loi sur les services à la famille* qui confère au gouvernement le pouvoir d'intervenir à l'égard des installations de garderie.

- La loi confère au ministre des Services familiaux et communautaires le pouvoir et la responsabilité d'agréer les installations de garderie, d'élaborer des normes, d'effectuer des inspections, d'ordonner au responsable d'une installation de garderie d'apporter des changements, de suspendre les activités ou d'y mettre fin, et de faire respecter la loi.

- Le *Règlement sur les services de garderie* afférent à la *Loi sur les services à la famille* (le règlement) énonce les responsabilités des parties qui s'occupent de l'agrément des installations de garderie.

- Le règlement et les *Normes visant les responsables d'installations de garderie* (les normes) énoncent les conditions que doivent respecter les installations de garderie.

2.3 Le ministère des Services familiaux et communautaires (le ministère) est responsable du Programme des services de garderie (le programme). Le programme vise à agréer et à surveiller les installations de garderie pour assurer la sécurité des enfants qui fréquentent ces installations et la prestation de soins de qualité. En tout, 11 membres du personnel s'occupent directement du programme. Dix coordonnateurs des

Services à la petite enfance (les coordonnateurs) travaillent dans les bureaux régionaux du ministère, et une conseillère provinciale des programmes travaille au bureau central. Ces 11 personnes sont aussi chargées de responsabilités relatives à d'autres programmes, en plus du Programme des services de garderie.

2.4 Les installations de garderie sont exploitées par des particuliers, des sociétés ou des groupes à but non lucratif. Par installations de garderie, on entend des « garderies » et des « foyers-garderies de type communautaire ». D'habitude, une « garderie » est un centre, autre que le domicile d'une personne, où les parents déposent leurs enfants. (La taille de la garderie peut varier de 6 à plus de 60 enfants.) Un « foyer-garderie de type communautaire » est généralement situé dans la résidence personnelle de l'adulte qui s'occupe des enfants. (La taille du groupe est plus petite, le maximum étant de neuf enfants d'âge scolaire, et moins s'ils sont plus jeunes, en incluant les enfants qui habitent à la résidence.)

2.5 Le 31 mars 2002, il y avait dans la province 359 installations de garderie agréées offrant 11 193 places. La plupart des installations de garderie sont des « garderies ». On ne compte qu'environ 25 « foyers-garderies de type communautaire ». Depuis dix ans, le nombre d'installations de garderie agréées et de places augmente à un rythme lent, mais stable.

2.6 Les installations de garderie font l'objet d'inspections pour assurer leur conformité aux exigences de la *Loi sur les services à la famille*, du *Règlement sur les services de garderie* et des *Normes visant les responsables d'installations de garderie* avant d'être « agréées » par le ministère. Des inspections annuelles sont effectuées par :

- les bureaux régionaux de Santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être (Santé publique);
- le Bureau du prévôt des incendies du ministère de la Sécurité publique;
- le ministère - l'inspection du ministère vérifie la conformité à plus d'une centaine de normes.

2.7 Bien que les trois ministères soient chargés de l'inspection des installations de garderie, le ministère des Services familiaux et communautaires est l'unique responsable de l'agrément des installations. Un certificat annuel doit être délivré à chaque installation pour confirmer son « agrément ».

2.8 Notre bureau s'intéresse aux questions relatives à la sécurité publique, et nous tentons de fournir de l'information qui contribue à tenir le gouvernement responsable des mesures législatives qu'il adopte pour assurer la sécurité de la population du Nouveau-Brunswick. Au

cours des six dernières années, nous avons effectué des vérifications concernant le Bureau du prévôt des incendies, le transport scolaire, les conducteurs à risque élevé, la qualité de l'eau des puits domestiques, la salubrité des aliments et les services d'ambulance. C'est l'intérêt que nous portons à la responsabilité du gouvernement dans l'adoption de mesures législatives visant la sécurité qui nous a menés à retenir le Programme des services de garderie comme sujet de vérification. Ce programme est chargé de la sécurité d'un groupe qui ne peut pas se faire entendre du public, soit nos enfants.

2.9 En décembre 2001, un jeune garçon est décédé à Saint John des complications dues à une infection à *E. coli*. Le garçon fréquentait une garderie. En mars 2003, une enquête du coroner a eu lieu à la suite du décès. L'une des recommandations de l'enquête était : « Qu'une enquête indépendante ait lieu afin de déterminer de quelle façon les inspections des garderies sont actuellement effectuées par le ministère des Services familiaux et communautaires. Cette enquête permettra, le cas échéant, de recommander les changements à effectuer aux procédures actuelles. Cette enquête pourra être effectuée par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick ou par tout autre organisme indépendant approprié. »

2.10 Le présent chapitre de notre rapport n'est aucunement lié à ces événements. La planification préliminaire de la vérification a eu lieu en 2001, bien avant ceux-ci. La décision de réaliser cette vérification a été communiquée au ministère en janvier 2003. La majeure partie de nos travaux sur place ont pris fin avant l'enquête du coroner. Le ministère nous a toutefois contactés pour nous demander si, à notre avis, notre vérification correspondait à l'esprit et à l'intention de la recommandation du coroner citée ci-dessus. Nous avons répondu que c'est le cas, jusqu'à un certain point. Les recommandations que nous avons formulées visaient à harmoniser les méthodes en vigueur avec les normes et les mesures législatives actuelles. La vérification que nous avons effectuée ne cherchait pas à remettre en question la suffisance ou la pertinence des mesures législatives et des normes actuelles.

Étendue

2.11 L'objectif de la vérification était le suivant :

> *Déterminer si le ministère des Services familiaux et communautaires a des directives et des procédures appropriées pour assurer la conformité avec les mesures législatives et les normes provinciales en matière d'installations de garderie.*

2.12 Pour cibler encore plus nos efforts de vérification, nous avons élaboré quatre critères de vérification qui ont servi de base ou de normes à notre vérification. Ces critères ont fait l'objet de discussions avec le ministère, et il a été convenu qu'ils étaient raisonnables. Les critères traitent des points suivants :

- le processus d'agrément des installations de garderie;
- la planification et la réalisation des inspections et l'utilisation des résultats d'inspection;
- les directives et les procédures du programme;
- la surveillance du programme et l'information communiquée sur le programme.

2.13 Nos travaux ont consisté :

- à examiner la documentation pertinente;
- à interviewer le personnel du programme au bureau central et dans les bureaux régionaux;
- à faire un contrôle par sondages des dossiers de garderies;
- à appliquer des procédés analytiques à l'information sur le programme.

2.14 Nous avons comparé les éléments probants de la vérification aux critères de vérification afin d'élaborer les constatations, les conclusions et les recommandations que nous présentons dans ce chapitre.

2.15 La vérification ne visait pas à établir si tous les fournisseurs de services de garderie étaient agréés ni à évaluer la qualité des normes.

Résumé des résultats

2.16 Bien qu'un processus établi existe pour l'agrément des installations de garderie, ce processus n'est pas toujours suivi et n'intègre pas toujours toutes les exigences réglementaires. Nous avons trouvé des cas où le certificat d'agrément avait été délivré sans que la conformité au *Règlement sur les services de garderie* et aux *Normes visant les responsables d'installations de garderie* ait été vérifiée. Nous avons trouvé des éléments probants montrant que l'agrément n'est pas délivré de manière uniforme par tous les bureaux régionaux en raison d'exigences différentes. De plus, nous avons trouvé que certaines exigences du *Règlement sur les services de garderie* ne sont pas intégrées au processus d'agrément des installations de garderie du ministère.

2.17 Le ministère a un formulaire type qui, bien utilisé, donnerait lieu à des inspections efficaces réalisées de manière efficiente. Toutefois, le ministère n'a pas établi de processus pour l'établissement des priorités et la réalisation des inspections et pour assurer le respect des normes. Il s'ensuit que nous avons constaté que la densité d'inspection est insuffisante, les inspections sont réalisées de manière efficace à certaines installations de garderie, alors qu'elles sont incomplètes à d'autres, et les résultats d'inspection ne sont pas toujours liés au processus d'agrément ni à des mesures d'exécution.

2.18 Le ministère n'a pas établi de directives et de procédures officielles pour le Programme des services de garderie.

2.19 Le ministère n'a pas de procédures adéquates pour mesurer l'efficacité de son programme et en faire rapport pour ce qui est de l'agrément et de la surveillance des installations de garderie.

2.20 À notre avis, deux défis principaux sont à relever dans le cadre du Programme des services de garderie. Une structure de programme décentralisée adéquate doit être élaborée, et les besoins du programme sur le plan de la croissance doivent être traités.

Le processus d'agrément

2.21 Pour améliorer l'interprétation du présent chapitre, nous tenons à expliquer notre emploi des termes suivants.

- « Certificat » renvoie à l'agrément par le ministre d'une installation de garderie, qui peut être un agrément initial, un renouvellement ou un certificat temporaire.
- « Agrément » est synonyme de certificat et montre que l'installation de garderie a reçu un certificat. Il peut s'agir d'un agrément initial ou d'un renouvellement.
- « Agrément initial » renvoie à une nouvelle installation de garderie.
- « Renouvellement » renvoie à l'agrément annuel d'une installation de garderie établie.
- « Infraction » désigne la non-conformité à une norme; une norme n'a pas été respectée.

2.22 Les mesures législatives exigent que toutes les installations de garderie obtiennent un agrément du ministre pour leur exploitation. Le processus d'agrément se déroule ainsi : l'installation de garderie présente une demande d'agrément, paie les droits d'agrément et répond aux exigences législatives, puis le ministère s'assure que les exigences sont satisfaites et, le cas échéant, délivre le certificat d'agrément. Alors que la démarche est la même pour les « garderies » et pour les « foyers-garderies de type communautaire », les exigences diffèrent. Ainsi, Santé publique et le Bureau du prévôt des incendies sont tenus d'effectuer des inspections annuelles des garderies, alors que cela n'est pas exigé pour les foyers-garderies de type communautaire.

2.23 Le certificat est valide durant un an, et la date d'expiration y est clairement indiquée. Chaque année, l'installation de garderie doit faire une demande de renouvellement. Le processus de renouvellement est le même que pour l'agrément initial, et les exigences sont les mêmes. Donc, les renvois au « processus d'agrément » désignent aussi bien l'agrément initial que le renouvellement annuel.

2.24 Notre premier critère était le suivant :

L'agrément accordé pour l'exploitation d'une installation de garderie devrait être délivré en conformité avec les mesures législatives.

2.25 Pour déterminer s'il a été satisfait au critère, nous avons examiné les mesures législatives pertinentes ainsi que les directives et les méthodes en vigueur au ministère, nous avons fait un contrôle par sondages de dossiers de garderies, nous avons appliqué des procédés analytiques et nous nous sommes entretenus avec le personnel. Nos constatations sont, entre autres, les suivantes :

- les exigences ne sont pas toutes respectées avant que le ministère agrée l'installation de garderie;
- les installations de garderie agréées n'ont pas toutes fait l'objet des inspections requises en 2002;
- le ministère ne respecte pas certains autres articles du règlement;
- les certificats ne sont pas toujours renouvelés dans les délais prévus.

Les exigences ne sont pas toutes respectées avant que le ministère agrée l'installation de garderie

2.26 Le paragraphe 3(2) du règlement établit les exigences relativement à l'agrément ou au renouvellement de l'agrément d'une garderie. Les exigences sont les suivantes :

- une demande a été reçue;
- le droit approprié a été payé;
- Santé publique a délivré une attestation de conformité indiquant que les normes d'hygiène, d'éclairage et d'aération et autres normes générales de santé observées à la garderie répondent aux normes;
- le Bureau du prévôt des incendies a délivré une attestation de conformité indiquant que la garderie répond aux normes de prévention des incendies et de construction;
- le ministre est convaincu que la garderie satisfait aux critères prescrits par le règlement et aux normes prescrites par le ministre;
- le ministre est convaincu que le responsable de la garderie observera les conditions prescrites.

2.27 Nous avons retenu un échantillon de 40 certificats délivrés à des installations de garderie, que nous avons soumis à un contrôle par sondages. L'échantillon comprenait des installations de garderie de chacun des huit bureaux régionaux et était composé de 6 certificats d'agrément initiaux et de 34 certificats de renouvellement. La plupart

sont des garderies, mais il y a aussi deux foyers-garderies de type communautaire compris dans l'échantillon. Nous n'avons pas vérifié toutes les exigences législatives, seulement les documents suivants pour chaque dossier de garderie de l'échantillon :

- le formulaire de demande présenté par l'installation de garderie;
- l'attestation de conformité de Santé publique;
- l'attestation de conformité du Bureau du prévôt des incendies;
- le formulaire d'inspection des installations de garderie (et les formulaires subséquents sur les vérifications au hasard) rempli par le coordonnateur du bureau régional.

2.28 Seulement 2 des 40 dossiers de l'échantillon contenaient tous les documents nécessaires, montrant la conformité aux exigences réglementaires retenues pour le contrôle par sondages, pour justifier la délivrance du certificat, (95 % n'avaient pas tous les documents).

- Seulement 1 des 6 dossiers de demande d'agrément initial de l'échantillon contenait les documents nécessaires pour justifier la délivrance du certificat.

- Seulement 1 des 34 dossiers de demande de renouvellement de l'agrément contenait les documents nécessaires pour justifier la délivrance du certificat. Tandis que 17 des 34 dossiers de demande de renouvellement de l'échantillon contenaient tous les formulaires requis, dans plusieurs cas, les formulaires montraient que l'installation de garderie avait des infractions au moment de l'agrément de l'installation. Toute infraction documentée est, dans les faits, une déclaration de non-conformité.

2.29 Les observations qui suivent portent sur les lacunes que nous avons observées.

Le formulaire de demande que doit présenter l'installation de garderie manquait parfois au dossier ou n'était pas rempli correctement

2.30 Nous avons examiné le formulaire de demande que doit présenter l'installation de garderie afin de déterminer s'il avait été effectivement versé au dossier et correctement rempli. Nous avons noté des problèmes dans 8 des 40 dossiers. Nos observations sont, notamment, les suivantes.

- Le formulaire manquait dans quatre dossiers. Dans l'un de ces dossiers, le certificat de renouvellement datait d'août 2002, et, en mars 2003, le coordonnateur a indiqué que le formulaire de demande n'avait toujours pas été reçu.

- Dans deux dossiers, le formulaire portait une date postérieure au certificat. Comme il incombe à l'installation de garderie de faire la demande d'agrément, aucune installation de garderie ne devrait recevoir un certificat de renouvellement avant d'en avoir fait la demande.

- Dans deux dossiers, le mauvais formulaire a été rempli. Comme chaque formulaire contient des renseignements différents, il est important que le bon formulaire soit rempli.

Une attestation de conformité de Santé publique délivrée dans les 12 mois précédents manquait parfois au dossier

2.31 Nous avons examiné l'attestation de conformité de Santé publique pour déterminer si cette attestation avait été versée au dossier, si une inspection avait eu lieu dans les 12 mois précédents et si l'inspecteur avait recommandé que la garderie soit agréée. Comme les « foyers-garderies de type communautaire » ne sont pas tenus de subir une inspection de Santé publique, notre échantillon est passé à 38 dossiers pour cet élément. Nous avons observé des lacunes dans 11 des 38 dossiers contrôlés par sondages. Nos observations sont, notamment, les suivantes.

- La documentation concernant la réalisation d'une inspection de Santé publique au cours des 12 mois précédant la date du certificat manquait dans 9 des 38 dossiers. Parmi ces 9 dossiers, une installation de garderie demandait l'agrément pour la première fois.

- Parmi les 29 autres dossiers, 2 contenaient un formulaire d'inspection de Santé publique indiquant que l'installation avait des infractions. Dans un cas, le formulaire d'inspection montre que la température à l'intérieur était inférieure à la norme. Dans le second cas, le formulaire d'inspection contient trois observations nécessitant la prise de mesures correctives immédiates : réalisation d'un horaire quotidien pour le nettoyage, remplacement de carreaux de sol autour des toilettes et balayage du plancher pour ramasser le sable le rendant glissant. Dans les deux cas, le dossier ne contenait pas de recommandation de l'inspecteur de la santé publique visant l'agrément de la garderie. Rien dans le dossier ne montrait que les infractions avaient été corrigées. Nous sommes d'avis qu'un formulaire d'inspection qui note des infractions ou qui ordonne la prise de mesures correctives ne constitue pas une documentation suffisante. Une attestation de conformité écrite ou une recommandation écrite concernant l'agrément devrait être exigée de l'inspecteur de la santé publique avant la délivrance du certificat à l'installation de garderie.

Une attestation de conformité du Bureau du prévôt des incendies délivrée dans les 12 mois précédents manquait parfois au dossier

2.32 Nous avons examiné l'attestation de conformité délivrée par l'inspecteur de la prévention des incendies pour déterminer si l'attestation avait été versée au dossier, si une inspection avait été réalisée dans les 12 mois précédents et si l'inspecteur avait recommandé que la garderie soit agréée. Comme les « foyers-garderies de type communautaire » ne sont pas tenus de subir une inspection de prévention des incendies, notre échantillon est passé à 38 dossiers pour cet élément. Nous avons observé des lacunes dans 16 des 38 dossiers contrôlés par sondages. Nos observations sont, notamment, les suivantes.

- La documentation concernant la réalisation d'une inspection de prévention des incendies au cours des 12 mois précédant la date du certificat manquait dans 13 des 38 dossiers.

- Parmi les 25 dossiers où cette documentation était présente, 3 dossiers contenaient un formulaire d'inspection de prévention des incendies indiquant que l'installation avait des infractions. Dans un dossier, le formulaire d'inspection indiquait que les portes coupe-feu étaient inadéquates, et une consigne ordonnait que l'on s'assure que toutes les portes coupe-feu ferment correctement et soient enclenchées. Dans le deuxième dossier, le formulaire d'inspection contenait cinq consignes de sécurité-incendie : enlèvement de rallonges électriques, modifications à la salle de repos, nettoyage du local d'entreposage, installation d'une sortie et changement des serrures. Dans le troisième dossier, le formulaire d'inspection demandait le remplacement des ampoules des appareils d'éclairage de sortie. Dans les trois cas, le dossier ne contenait aucune recommandation de l'inspecteur de la prévention des incendies visant l'agrément de la garderie. Rien dans les dossiers ne montrait que les infractions avaient été corrigées. Nous sommes d'avis qu'une attestation de conformité écrite ou une recommandation écrite concernant l'agrément devrait être exigée de l'inspecteur de la prévention des incendies avant la délivrance du certificat à l'installation de garderie.

Les exigences relatives à la documentation d'inspection, au suivi et à la communication avec Santé publique et avec le Bureau du prévôt des incendies doivent être officialisées

2.33 La documentation reçue de Santé publique et du Bureau du prévôt des incendies manque beaucoup d'uniformité. La documentation varie d'un simple courriel déclarant qu'une inspection a eu lieu et que la garderie répond aux normes à un formulaire d'inspection indiquant qu'il y a non-conformité. Nous avons constaté qu'il est parfois difficile de déterminer si l'inspecteur de la santé publique ou l'inspecteur de la prévention des incendies a effectivement recommandé que la garderie soit agréée.

2.34 Parmi les 38 dossiers, nous avons relevé 11 différents formulaires d'inspection pour les inspecteurs de la santé publique et 9 différents genres de formulaires d'inspection pour les inspecteurs de la prévention des incendies. Le manque d'uniformité dans les formulaires d'inspection fait que différentes caractéristiques sont susceptibles d'être examinées en rapport avec la conformité dans différentes régions de la province.

2.35 Tandis que le règlement assigne clairement l'obligation d'effectuer des inspections à Santé publique, au Bureau du prévôt des incendies et au ministère, les responsabilités particulières en matière d'inspection ne sont pas clairement définies. Le ministère a élaboré un formulaire type pour la réalisation des inspections d'installations de garderie; toutefois, cela n'est pas le cas pour les autres bureaux à qui des responsabilités en matière d'inspection sont assignées.

2.36 D'après ce que nous comprenons, la responsabilité d'assurer le suivi des inspections de la santé publique et de la prévention des incendies n'a pas été clairement assignée. Nous avons relevé plusieurs cas dans lesquels le rapport de l'inspecteur de la santé publique et un cas dans lequel le rapport de l'inspecteur de la prévention des incendies montrait que des mesures correctives avaient été ordonnées, et pourtant l'agrément de l'installation de garderie avait quand même été recommandé. Voici quelques-unes des observations tirées des formulaires d'inspection de Santé publique : désinfection de la cuisine, des jouets et des tables à langer; conservation du thermomètre au réfrigérateur; nettoyage; utilisation de savon liquide; rangement de nourriture dans des contenants de plastique. Un seul dossier de l'échantillon comportait des observations de l'inspecteur de la prévention des incendies pour lesquelles rien n'indiquait s'il y avait eu des suites. Il s'agissait d'un agrément initial. Les observations touchaient les points suivants : accrocher un extincteur d'incendie portable sur le mur, installer une lampe de secours et finir le mur autour du panneau électrique.

2.37 Il n'y a pas de communications officielles entre le ministère et Santé publique ou entre le ministère et le Bureau du prévôt des incendies. Bien que des réunions aient eu lieu pour régler des problèmes, aucune réunion régulière n'est prévue. Des voies de communication officielles n'ont pas été établies. Nous estimons que chaque partie profiterait d'une relation en bonne et due forme établie dans une entente écrite qui décrit les rôles, les responsabilités et les moyens de communication.

Recommandations

2.38 Pour s'assurer que les inspections sont réalisées conformément aux mesures législatives, le ministère devrait officialiser sa relation avec les bureaux régionaux de Santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être et avec le Bureau du prévôt des incendies du ministère de la Sécurité publique au moyen d'ententes écrites. Les ententes devraient préciser les rôles et les responsabilités de chaque ministère et établir la fréquence attendue des inspections, décrire les exigences en matière de rapports et désigner les responsabilités de suivi.

2.39 Le ministère devrait établir un comité de travail officiel avec chacun des deux autres ministères et tenir des réunions régulières pour veiller à ce que les questions interministérielles soient promptement cernées et réglées.

Réponse du ministère

2.40 *Le ministère convient que des ententes et des protocoles écrits sont justifiés, et il a entamé des discussions avec le Bureau du prévôt des incendies et le ministère de la Santé et du Mieux-être. De plus, nous sommes en train de mettre sur pied des comités de travail avec le Bureau du prévôt des incendies et le ministère de la Santé et du Mieux-être dans*

le but de cerner et de régler les préoccupations communes, la première réunion devant avoir lieu en septembre 2003. [Traduction.]

L'inspection de garderie du ministère n'était pas toujours réalisée avant la délivrance du certificat ou avant l'expiration du certificat précédent

2.41 Nous avons examiné le formulaire d'inspection des installations de garderie que remplissent les coordonnateurs dans les bureaux régionaux, afin de confirmer leur présence au dossier et de voir si les inspections sont réalisées avant la date du certificat.

2.42 Nous avons observé des lacunes dans 32 des 40 dossiers contrôlés par sondages. Nos observations sont, notamment, les suivantes.

- Le formulaire d'inspection du ministère visant à mesurer la conformité aux normes visant les garderies était absent dans 3 des 40 dossiers.

- Dans trois autres dossiers, le formulaire d'inspection avait été versé au dossier mais n'était pas complet. Seule la première page du formulaire d'inspection, contenant des renseignements sur la délivrance du certificat, était rempli pour l'agrément initial. Dans un autre dossier de demande d'agrément initial, une inspection partielle avait été menée, mais plusieurs normes étaient annotées pour indiquer qu'elles devaient être vérifiées à la visite suivante. Dans le troisième dossier, il s'agissait d'un certificat de renouvellement, et le formulaire d'inspection avait été partiellement rempli.

- Dans un dossier pour lequel le ministère devait délivrer un certificat de renouvellement, le formulaire d'inspection avait été rempli. Toutefois, la garderie avait déménagé depuis, et l'inspection visait les anciens locaux; seule une vérification au hasard des nouveaux locaux avait été faite. Or, le ministère a confirmé qu'une inspection complète est exigée lorsqu'une garderie déménage.

- Dans cinq dossiers, un formulaire d'inspection montrait que l'inspection avait eu lieu après l'expiration du certificat précédent. Dans un cas, l'inspection avait eu lieu le lendemain de l'expiration du certificat. Dans deux cas, l'inspection avait eu lieu deux mois et demi après l'expiration du certificat précédent.

- Parmi les 28 autres dossiers, 20 contenaient un formulaire d'inspection montrant que l'installation ne respectait pas toutes les normes. L'une des infractions les plus courantes observées dans notre échantillon était la non-conformité à la norme exigeant que tous les membres du personnel doivent « se conformer aux exigences de la directive sur la vérification du dossier de SFC et du casier judiciaire ». Voici d'autres infractions courantes relevées dans notre échantillon. Les dossiers du personnel des garderies ne contenaient pas la documentation exigée au sujet du certificat de secourisme et du certificat médical. Il n'y avait pas de plan d'inspection de

l'équipement de jeu extérieur pour montrer que l'équipement est vérifié régulièrement. Les documents montrant que les exercices mensuels d'évacuation en cas d'incendie avaient lieu n'étaient pas toujours remplis. Les prises électriques n'étaient pas toujours recouvertes de bouchons protecteurs. L'équipement de jeu intérieur n'était pas toujours propre et en bon état.

Les installations de garderie agréées n'ont pas toutes fait l'objet des inspections requises en 2002

2.43 En plus de procéder à un contrôle par sondages sur l'échantillon de certificats, nous avons aussi fait un examen analytique des inspections réalisées en 2002.

2.44 Partant des dates d'inspection consignées dans le système d'information du ministère, nous avons analysé 369 installations de garderie qui étaient en activité au 31 décembre 2002 pour déterminer si chacune avait fait l'objet des trois inspections annuelles requises (Santé publique, Bureau du prévôt des incendies et ministère) au cours de l'année civile 2002. Bien que nous n'ayons pas validé les dates par un examen des documents au dossier, nous avons confirmé certaines des dates d'inspection plus anciennes avec le coordonnateur du bureau régional. Le système informatique du programme révèle ce qui suit :

- seulement 266 des installations de garderie agréées ont fait l'objet des trois inspections annuelles requises en 2002 (28 % ne les avaient pas toutes subies);
- 92 installations de garderie (25 %) n'ont pas fait l'objet d'une inspection du Bureau du prévôt des incendies en 2002. Pour 14 de ces installations de garderie, la dernière inspection de prévention des incendies consignée remontait à 2000, montrant que deux années complètes s'étaient écoulées sans inspection;
- 16 installations de garderie (4 %) n'avaient pas fait l'objet d'une inspection de Santé publique en 2002;
- 5 installations de garderie (1 %) n'avaient pas fait l'objet d'une inspection du ministère en 2002.

2.45 Il est possible que la Santé publique et le Bureau du prévôt des incendies aient mené des inspections dans certaines de ces installations, mais rien ne l'indique dans les dossiers du ministère. Le règlement indique clairement que le ministère doit avoir une attestation de conformité de Santé publique et du Bureau du prévôt des incendies avant d'accorder l'agrément à une installation de garderie.

D'autres constatations

2.46 D'autres constatations importantes ont trait aux certificats d'agrément initial ainsi qu'à un certificat de renouvellement de notre échantillon.

Observations supplémentaires au sujet des certificats d'agrément initial

2.47 Nous sommes d'avis que des inspections complètes et approfondies devraient toujours être effectuées avant la délivrance d'un certificat, mais nous considérons les nouvelles installations et les nouveaux locaux comme étant le plus à risque, puisque la conformité aux exigences n'a alors jamais été vérifiée. Au cours de notre contrôle par sondages de l'échantillon, nous avons été surpris de constater que seulement un dossier sur six pour ce qui est des certificats d'agrément initial contenait la documentation appropriée à l'appui de l'agrément. Dans trois cas, il manquait l'inspection du ministère, et dans un cas, le formulaire d'inspection n'était que partiellement rempli. Dans un autre cas, le formulaire d'inspection montrait qu'il y avait non-conformité à la norme exigeant la vérification du casier judiciaire du personnel de la garderie.

2.48 Comme notre échantillon était peu nombreux et ne comprenait pas des dossiers des huit bureaux régionaux, nous avons fait d'autres travaux portant sur l'information contenue dans le système informatique du ministère. Nous avons examiné les dates d'inspection de 43 certificats d'agrément initial délivrés entre avril 2002 et février 2003. Huit des 43 certificats visaient l'agrément de foyers-garderies de type communautaire, et ce type de garderie ne requiert pas d'inspection de la santé publique ou d'inspection de la prévention des incendies. L'information sur le programme révèle ce qui suit :

- La date d'inspection de garderie du ministère précède la date du certificat pour chacun des huit foyers-garderies de type communautaire. Voilà une observation positive, qui montre que les foyers ont fait l'objet d'une inspection de conformité aux normes avant leur agrément.

- Seulement 19 des 35 garderies avaient fait l'objet des trois inspections requises à une date précédant la date du certificat (ce qui n'a pas été le cas pour 46 % des garderies.)

- La date de l'inspection de la santé publique excédait la date du certificat pour 10 des 35 garderies.

- La date de l'inspection de la prévention des incendies excédait la date du certificat pour 10 des 35 garderies.

- La date de l'inspection de garderie du ministère excédait la date du certificat pour 15 des 35 garderies.

Observations supplémentaires concernant un certificat de renouvellement de notre échantillon

2.49 Nous considérons que les installations plus grandes posent un risque plus élevé, car, si un incendie se déclarait ou si un incident concernant la santé ou la sécurité se produisait, le nombre d'enfants qui serait touché serait plus important. Dans le cadre de notre contrôle par sondages, nous avons été surpris de constater qu'un certificat de renouvellement avait été délivré à une grande installation sans les

documents appropriés à l'appui de cette délivrance. L'installation de garderie a reçu un certificat le 22 janvier 2003. Il s'agit de l'une des plus grandes installations de garderie de la province.

- Le dossier ne contenait pas d'attestation de conformité de Santé publique délivrée dans les 12 mois précédents. La plus récente inspection de la santé publique en dossier remontait au 7 décembre 2000. L'inspection remontait à plus de deux ans au moment de la délivrance du certificat de renouvellement.

- Le dossier ne contenait pas d'attestation de conformité du Bureau du prévôt des incendies délivrée dans les 12 mois précédents. La plus récente inspection de prévention des incendies en dossier remontait au 28 mars 2001. L'inspection remontait à plus de 21 mois au moment de la délivrance du certificat de renouvellement.

- L'installation de garderie ne s'était pas conformée à la norme 9.1 visant les responsables d'installations de garderie. Cette norme exige que les installations de garderie s'assurent que les employés potentiels sont soumis à une vérification du dossier de SFC et à une vérification du casier judiciaire avant leur embauche. L'installation de garderie doit faire parvenir des copies de la vérification du casier judiciaire au ministère. Le formulaire de demande remis par l'installation de garderie et le formulaire d'inspection des installations de garderie du ministère montrent que ces documents étaient absents pour plusieurs membres du personnel.

- De plus, le formulaire d'inspection du ministère montre que l'installation de garderie n'était pas en règle pour neuf autres normes visant les responsables d'installations de garderie. Certaines des infractions portaient sur les normes relatives aux trousses de secourisme, à l'administration de médicaments et à la documentation des incidents à déclaration obligatoire.

Recommandation

2.50 Le ministère devrait s'assurer de la conformité à toutes les exigences réglementaires avant d'accorder l'agrément à une installation de garderie.

Réponse du ministère

2.51 *Bien que la procédure soit établie dans une note de service, il semble, d'après vos constatations, que nous pourrions mieux nous y prendre pour assurer une application uniforme. À cette fin, le ministère entamera à l'automne 2003 l'élaboration d'un manuel des directives et des procédures pour le Programme des services de garderie afin de fournir au personnel des procédures claires à suivre avant d'accorder l'agrément à une installation de garderie. Ce manuel sera renforcé par la mise en vigueur de procédures visant l'outil d'ordonnancement des inspections de qualité à mesure qu'elles sont prêtes, ainsi que par l'adoption des révisions recommandées au Règlement 83-85 sur les*

services de garderie en ce qui concerne la délivrance d'agréments temporaires. [Traduction.]

Le ministère ne respecte pas certains autres articles du règlement

2.52 Nos observations qui découlent du contrôle par sondages de notre échantillon de 40 dossiers montrent clairement que le ministère ne respecte pas toujours le paragraphe 3(2) du règlement, car l'obligation de recevoir une demande de l'installation de garderie, de recevoir les attestations de conformité de Santé publique et du Bureau du prévôt des incendies et de s'assurer que l'installation de garderie se conforme aux normes n'est pas toujours satisfaite avant la délivrance par le ministère d'un certificat à l'installation de garderie. Les observations qui suivent ont trait à d'autres articles du règlement auxquels le ministère ne se conforme pas.

Le ministère ne s'assure pas que le responsable de l'installation de garderie satisfait aux exigences énoncées à l'alinéa 3(2)f) avant de délivrer le certificat

2.53 L'alinéa 3(2)f) énonce six caractéristiques auxquelles doit satisfaire le responsable.

> *3(2) Sous réserve du paragraphe (3) et de l'article 4, le Ministre doit agréer une garderie ou en renouveler l'agrément* [...]
>
> *f) lorsqu'il est convaincu que le responsable de la garderie d'enfants*
>
> *(i) assurera le fonctionnement de celle-ci de façon à assurer un état d'esprit propice à l'épanouissement de l'enfant;*
>
> *(ii) voudra participer aux programmes ou ateliers de formation que le Ministre juge avantageux;*
>
> *(iii) créera un milieu sain qui n'empêche pas l'épanouissement de l'enfant;*
>
> *(iv) connaît les services communautaires locaux pouvant contribuer à rehausser la qualité des programmes et services offerts dans la garderie;*
>
> *(v) maintiendra une relation de travail avec les fonctionnaires du ministère chargés de conseiller les garderies; et*
>
> *(vi) satisfait à toutes les autres exigences relatives aux qualités d'un responsable que le Ministre peut prescrire.*

2.54 Tout au long de notre examen du processus d'agrément, nous n'avons trouvé aucun moyen par lequel le ministre avait obtenu l'assurance que le responsable avait effectivement respecté ces

exigences. Le formulaire de demande ne traite pas ces caractéristiques visant le responsable. De plus, aucune ligne directrice n'est en vigueur pour aider les coordonnateurs à déterminer si les exigences sont remplies. Le personnel du programme convient que les exigences relatives aux responsables énoncées dans le règlement ne sont pas clairement définies, ne sont pas soutenues par des lignes directives, sont difficiles à mesurer et ne font pas l'objet d'une vérification systématique dans le cadre du processus d'agrément.

Le ministère ne vérifie pas si les exigences organisationnelles, énoncées au paragraphe 3(3), sont remplies avant d'accorder l'agrément à une garderie

2.55 Tandis que le paragraphe 3(2) décrit les exigences à remplir pour obtenir l'agrément, le paragraphe 3(3) énonce les conditions dans lesquelles le ministre ne doit pas agréer une garderie. Ce paragraphe se lit comme suit :

> *Le Ministre ne doit pas agréer une garderie ou en renouveler l'agrément à moins que*
>
> *a) le responsable ne soit constitué en corporation, et*
>
> *b) le conseil d'administration d'une garderie à caractère non lucratif ne soit composé d'au moins sept membres élus lors d'une assemblée annuelle et publique.*

2.56 Seul le point b) est intégré aux normes. Le point a) n'a pas été intégré aux normes et ne fait pas partie du processus d'agrément du ministère. Les discussions tenues avec les coordonnateurs dans les trois régions les plus grandes confirment que ni l'une ni l'autre de ces exigences n'est vérifiée.

La directive du ministère qui précise quels fournisseurs de services de garderie doivent avoir un certificat d'agrément n'est pas conforme au règlement

2.57 La *Loi sur les services à la famille* exige que toute installation qui fournit des services de garderie, que ce soit dans un centre ou un foyer, doit obtenir l'agrément du ministre. L'article 2 du règlement définit plusieurs termes, dont les suivants.

- Le règlement précise que : « *services de garderie » désigne les soins et la surveillance d'un enfant pour une période de moins de vingt-quatre heures dans une installation de garderie*. Le règlement définit une *installation de garderie* comme une garderie ou un foyer-garderie de type communautaire.

- On y lit ceci :

> *« foyer-garderie de type communautaire » désigne un foyer où des services de garderie sont dispensés à un nombre maximal de*
>
> *a) trois enfants en bas âge,*
>
> *b) cinq enfants âgés de deux à cinq ans,*

c) neuf enfants âgés de six ans ou plus, ou

d) six enfants lorsque les enfants sont âgés de cinq ans ou moins et de six ans ou plus, y compris ceux du responsable,

« garderie » désigne une installation où des services de garderie sont dispensés

a) à quatre enfants en bas âge, ou plus;

b) à six enfants ou plus, âgés de deux à cinq ans;

c) à dix enfants ou plus, âgés de six ans ou plus, ou

d) à sept enfants ou plus, lorsque les enfants sont âgés de cinq ans ou moins et de six ans ou plus,

y compris ceux du responsable

2.58 Les définitions de « services de garderie » et de « foyer-garderie de type communautaire » sont très générales. Notre interprétation des définitions est qu'elles s'appliquent à la plupart des situations de garde d'enfants, car ce qu'on appelle communément le « gardiennage d'enfants » correspond à la définition que donne le règlement de « services de garderie ». Par exemple, selon notre interprétation des définitions, une « bonne d'enfants » non résidente qui prend soin d'un enfant au domicile de l'enfant fournit effectivement des « services de garderie ». Toujours selon notre interprétation des définitions, cela signifierait qu'un voisin ou une voisine qui prend soin même d'un seul enfant correspond à la définition de « services de garderie » et devrait être agréé à titre de « foyer-garderie de type communautaire ».

2.59 Rien dans les mesures législatives ne permet la prestation de services de garderie sans l'agrément du ministre. Toutefois, la directive du ministère intitulée *Nombre d'enfants autorisés sans certificat d'agrément* en date du 18 août 1997 établit un « seuil » sous lequel l'agrément n'est pas requis. La directive se lit comme suit :

Le nombre d'enfants auxquels une personne peut fournir des services de garderie sans nécessiter de certificat d'agrément sera conforme à ce qui suit, à savoir : i) deux enfants en bas âge, ii) quatre enfants âgés de deux à cinq ans, iii) huit enfants âgés de six ans ou plus, ou iv) cinq enfants lorsque les enfants sont âgés de cinq ans ou moins et de six ans ou plus, y compris ceux du responsable.

2.60 Cette directive n'est pas conforme à la définition du règlement.

2.61 Les conséquences de la divergence entre la directive du ministère et le règlement sont que, dans certains cas, les services de

garderie qui répondent à la définition du règlement, et qui nécessitent donc l'agrément, n'ont pas besoin d'être agréés selon la directive du ministère. Si l'on suit la directive du ministère, un nombre moins élevé de *foyers-garderies de type communautaire* seront agréés.

2.62 Les définitions générales fournies dans le règlement ne sont pas précises, et le processus d'agrément actuel du ministère n'est pas conforme à toutes les définitions du règlement. Le *Règlement sur les services de garderie* a été établi en 1983. D'après ce que nous comprenons, deux ajouts ont été faits au règlement, mais les termes originaux n'ont pas été modifiés. En 1987, le Bureau du contrôleur a examiné le programme et souligné la nécessité d'apporter des modifications législatives.

2.63 Tout au long de notre examen, nous avons constaté que des termes définis dans le règlement ne sont pas suivis, des méthodes du ministère ne sont pas conformes au règlement et des articles du règlement ne sont pas observés. Comme il s'est écoulé une vingtaine d'années et que le programme a connu une croissance énorme en raison des besoins changeants de la société en matière de services de garderie, nous avons conclu que le règlement devrait être revu. Le ministère convient que le règlement a besoin d'être revu et nécessite probablement des modifications.

Recommandation

2.64 Le ministère devrait revoir le *Règlement sur les services de garderie* afférent à la *Loi sur les services à la famille* et les méthodes actuelles. Les divergences devraient être cernées, et les modifications appropriées devraient être apportées aux méthodes, au règlement ou aux deux.

Réponse du ministère

2.65 *Le ministère s'engage à revoir le Règlement 83-85 sur les services de garderie en le comparant aux méthodes actuelles et il entamera immédiatement des discussions avec le ministère de la Justice pour lui demander de l'aide dans cette tâche.* [Traduction.]

Les certificats ne sont pas toujours délivrés dans les délais prévus

2.66 Le paragraphe 26(2) de la *Loi sur les services à la famille* précise que l'agrément du ministre est requis pour l'exploitation d'une installation de garderie. Puis, selon le paragraphe 26(3), « Toute personne qui enfreint les dispositions du paragraphe (2) commet une infraction. »

2.67 Les certificats d'agrément sont valides pour une période d'un an. Chaque installation de garderie peut avoir un certificat dont la date d'expiration lui est propre, mais la date d'expiration est la même chaque année pour une installation donnée. Voulant savoir si le processus de renouvellement du ministère est appliqué en temps opportun, nous avons cherché de l'information qui montrerait si des certificats sont expirés.

2.68 Notre examen a révélé que le certificat de 23 installations de garderie en exploitation avait expiré au 31 décembre 2002.

2.69 Nous avons aussi analysé les agréments en retard. Nous avons examiné le nombre d'agréments en retard chaque mois dans les bureaux régionaux pour la période allant du 1er avril 2002 au 31 décembre 2002. Cette analyse nous a menés aux observations suivantes.

- Dans quatre des huit régions, on constate qu'il y a au moins un mois en 2002 au cours duquel aucun agrément n'était en retard. Dans les quatre autres régions, des agréments étaient en retard chaque mois durant l'année.
- La région comptant le plus grand nombre d'installations de garderie (113) affichait le pourcentage le plus bas d'agréments en retard.
- Dans les sept autres régions, l'agrément était en retard pour au moins 10 % des installations de garderie durant au moins un mois en 2002.
- Dans l'une des sept régions, l'agrément de 5 des 14 installations de garderie (36 %) a été en retard durant trois mois consécutifs.
- Dans une autre des sept régions, l'agrément de 9 des 21 installations de garderie (43 %) a été en retard durant un mois.
- Dans une autre des sept régions, l'agrément de 11 des 23 installations de garderie (48 %) a été en retard durant deux mois consécutifs. (Étonnamment, cette région comptait le nombre moyen le moins élevé d'installations par poste de coordonnateur.)

2.70 À partir de ces observations, nous concluons que les certificats de renouvellement de l'agrément des garderies ne sont pas toujours délivrés dans les délais prévus. En permettant à des installations de garderie de fonctionner sans agrément, le ministère n'applique pas l'article 26 de la *Loi sur les services à la famille*.

Recommandation

2.71 Le ministère devrait déterminer pourquoi les certificats d'agrément ne sont pas renouvelés avant leur date d'expiration et mettre en œuvre des mesures correctives pour assurer leur renouvellement dans les délais prévus.

Réponse du ministère

2.72 *Le ministère examinera ces méthodes pour s'assurer que les renouvellements sont accordés avant l'expiration du certificat d'agrément. La mise en œuvre de mesures correctives sera précisée au moyen de l'approche basée sur la gestion des risques de l'outil d'ordonnancement des inspections de qualité et sera également établie dans le manuel des directives et des procédures du Programme des services de garderie.* [Traduction.]

Conclusion

2.73 Il n'est pas satisfait au critère. Le processus d'agrément établi n'est pas systématiquement suivi et n'intègre pas toutes les exigences

réglementaires. Nous avons trouvé des cas dans lesquels un certificat d'agrément a été délivré sans que la conformité au *Règlement sur les services de garderie* et aux *Normes visant les responsables d'installations de garderie* soit vérifiée. Nous avons pu constater que l'agrément n'est pas délivré de manière uniforme par tous les bureaux régionaux en raison d'exigences différentes. Enfin, nous avons observé que certaines exigences du *Règlement sur les services de garderie* ne sont pas intégrées au processus d'agrément des installations de garderie du ministère.

Planification et réalisation des inspections et utilisation des résultats d'inspection

2.74 Alors que notre premier critère de vérification touchait le processus d'agrément, notre deuxième critère de vérification concerne le processus d'inspection. La réalisation d'inspections visant à assurer la conformité des installations de garderie aux normes du ministère en matière de services de garderie est un aspect essentiel du processus d'agrément.

2.75 Notre deuxième critère était le suivant :

> *Une inspection des installations de garderie devrait être réalisée pour mesurer la conformité aux mesures législatives et aux Normes visant les responsables d'installations de garderie.*

2.76 Pour évaluer l'efficacité de l'inspection des installations de garderie par le ministère, nous avons examiné :

- la planification des inspections (la manière dont les priorités et le calendrier sont établis);
- la manière dont les inspections sont réalisées (le formulaire d'inspection et son utilisation);
- la manière dont les résultats d'inspection sont utilisés.

Planification – manière dont les priorités et le calendrier d'inspection sont établis

2.77 Nous avons constaté avec plaisir que le ministère tient une liste maîtresse des installations de garderie agréées. Nous avons aussi apprécié le fait que la responsabilité de toutes les installations de garderie a été affectée à 10 coordonnateurs. En conséquence, toutes les installations de garderie agréées qui nécessitent une inspection ont été assignées à des membres du personnel, qui sont chargés de leur inspection et de leur surveillance.

2.78 Les exigences et les normes en matière d'agrément varient selon qu'il s'agisse d'une « garderie » ou d'un « foyer-garderie de type communautaire ». De plus, les risques sont différents pour différents types d'installation. Cependant, le processus d'inspection du ministère ne tient pas compte du fait que les risques diffèrent. Le ministère n'a pas recours à une approche basée sur la gestion des risques et n'a pas de méthode type pour établir la priorité du travail d'inspection en ce qui concerne le programme. Les exigences en matière d'inspection sont les

mêmes pour toutes les installations de garderie. La fréquence d'inspection est la même, et le même formulaire d'inspection est utilisé.

2.79 Le ministère reconnaît les avantages de l'approche basée sur la gestion des risques et examine des moyens d'améliorer l'ordonnancement des inspections depuis le milieu des années 1990. En 2001, le ministère a réalisé un projet pilote d'évaluation de la qualité fondée sur les risques dans un bureau régional.

2.80 Le système d'information du ministère sert d'outil d'ordonnancement. Le système est programmé de façon à aviser les coordonnateurs à l'avance des inspections prévues. Bien qu'ils utilisent le système pour consigner l'information concernant les services de garderie, les coordonnateurs ne s'en servent pas comme d'un outil d'ordonnancement. Les coordonnateurs n'ont pas de calendrier d'inspection pour guider leur travail.

2.81 À notre avis, les observations de vérification qui suivent découlent d'un ordonnancement inadéquat des inspections.

Les installations de garderie n'ont pas toutes été inspectées en 2002

2.82 Comme nous l'avons déjà noté, notre examen analytique des dates d'inspection consignées dans le système d'information montre que 5 des 369 installations de garderie agréées n'avaient pas fait l'objet d'une inspection par le ministère en 2002.

2.83 Un ordonnancement approprié des inspections ferait en sorte que toutes les installations de garderie agréées fassent l'objet d'une inspection annuelle.

Les inspections n'étaient pas toujours complètes

2.84 L'examen des formulaires d'inspection des installations de garderie remplis par les coordonnateurs des bureaux régionaux a révélé que 14 des 36 inspections n'étaient pas complètes.

2.85 Dans certains cas, les motifs pour lesquels une inspection complète ne peut être réalisée durant la visite sont valables. Ainsi, l'inspection annuelle est incomplète si elle a lieu durant les mois d'hiver, car la neige empêche l'inspection du terrain de jeu à l'extérieur. Même si l'intention est d'effectuer à une date ultérieure une vérification au hasard des éléments non inspectés, ce n'est pas toujours le cas. Pour une grande partie de notre échantillon, rien dans les dossiers ne montrait que les aspects incomplets de l'inspection avaient fait l'objet d'une vérification par la suite.

2.86 Un ordonnancement approprié des inspections et des vérifications au hasard pourrait faire en sorte que toutes les normes fassent l'objet d'une vérification annuelle à chaque installation de garderie agréée.

Le moment de l'inspection annuelle est prévisible

2.87 D'habitude, les inspections sont plus efficaces si l'entité n'est pas informée à l'avance de l'inspection à venir. L'élément de surprise

est important dans la réalisation des inspections si l'on veut obtenir un portrait représentatif des activités. Bien que les inspections de garderie ne soient pas annoncées à l'avance, le moment auquel l'inspection aura lieu est prévisible. En effet, l'inspection annuelle a presque toujours lieu durant le mois de la date d'expiration du certificat. La date d'expiration annuelle est fixe, ce qui réduit l'élément de surprise, car l'installation de garderie peut s'attendre à ce qu'une inspection soit réalisée durant le mois de la date d'expiration de son certificat.

2.88 À notre avis, les inspections devraient avoir lieu à un moment aléatoire durant les trois mois précédant l'expiration du certificat. La réalisation des inspections au cours du dernier trimestre permettrait quand même de vérifier de façon opportune et pertinente la conformité aux normes. De plus, si le moment de l'inspection est moins prévisible, cela accroîtra la fiabilité des résultats d'inspection.

Inspections réalisées après l'expiration du certificat

2.89 Comme nous l'avons déjà signalé, 5 des 40 dossiers de notre échantillon contenaient un formulaire d'inspection de garderie montrant que l'inspection avait eu lieu après l'expiration du certificat précédent.

2.90 Un ordonnancement approprié des inspections pourrait faire en sorte que chaque installation de garderie agréée fasse l'objet d'une inspection avant l'expiration de son certificat.

La fréquence des inspections ne respectait pas l'exigence du ministère

2.91 Le ministère exige que chaque installation de garderie soit l'objet d'une inspection annuelle et de trois vérifications au hasard durant l'année. Une vérification au hasard est une visite planifiée, mais non annoncée, à une installation de garderie dans le but de vérifier le ratio personnel-enfants et de faire rapidement des observations concernant la conformité aux normes. Un formulaire type a été élaboré pour les visites de vérification au hasard. Nous avons constaté avec plaisir que le ministère a pris l'habitude d'effectuer des vérifications au hasard et de les documenter. À notre avis, les vérifications au hasard offrent la possibilité de mieux surveiller le rendement des installations de garderie.

2.92 Nous avons effectué une analyse du nombre d'installations de garderie où avaient eu lieu des vérifications au hasard et du nombre de vérifications au hasard effectuées à chaque installation de garderie durant l'année civile 2002. Nos observations sont, notamment, les suivantes.

- Aucun des bureaux régionaux ne respecte l'exigence du ministère au sujet de la réalisation de trois vérifications au hasard annuelles à chaque installation de garderie. La région affichant la meilleure conformité avait fait trois vérifications au hasard ou plus dans 74 % des installations de garderie au cours de l'année 2002. La région arrivant au deuxième rang à cet égard avait fait trois vérifications au hasard ou plus dans 43 % des installations de garderie en 2002. Au troisième rang vient la région qui a effectué trois vérifications au

hasard ou plus dans 15 % des installations de garderie en 2002. Dans quatre régions, aucune des installations de garderie n'avait fait l'objet des trois vérifications au hasard requises en 2002.

- Plus de 90 % des installations de garderie des régions de Fredericton, de Moncton et de Saint John avaient fait l'objet d'au moins une vérification au hasard en 2002.
- Aucune vérification au hasard n'avait eu lieu dans plus de 60 % des installations de garderie dans les régions de Chaleur, de Miramichi et de la Péninsule acadienne en 2002.
- Dans toutes les régions sauf une, des installations de garderie avaient été l'objet de plus d'une vérification au hasard. (Dans une région, aucune installation n'avait eu plus d'une vérification au hasard en 2002.)
- Dans la région affichant la fréquence la plus élevée pour ce qui est des vérifications au hasard, 49 % des installations de garderie avaient été l'objet de quatre vérifications au hasard ou plus en 2002.

2.93 Dans son examen du programme en 1987, le Bureau du contrôleur avait signalé une lacune dans la réalisation des vérifications au hasard. Le ministère avait répondu qu'un système informatique allait améliorer le choix du moment des vérifications au hasard et la délivrance des certificats. Depuis le rapport du contrôleur, le système a été mis en œuvre. Cependant, le nombre exigé de vérifications au hasard n'est toujours pas effectué.

Recommandations

2.94 Le ministère devrait employer une approche basée sur la gestion des risques ou avoir une méthode type d'établissement des priorités du travail d'inspection pour le Programme des services de garderie.

2.95 Le ministère devrait veiller à ce que les coordonnateurs aient un calendrier d'inspection pour guider leur travail. Le calendrier d'inspection devrait faire en sorte que :

- **toutes les installations de garderie fassent l'objet d'inspections régulières;**
- **l'inspection couvre tous les éléments exigés;**
- **le moment de l'inspection ne soit pas prévisible;**
- **les inspections soient effectuées avant l'expiration du certificat;**
- **la fréquence des inspections respecte l'exigence du ministère.**

2.96 Le calendrier d'inspection devrait comprendre les inspections annuelles normales, les vérifications au hasard et les inspections qui découlent des plaintes du public et du suivi des lacunes relevées.

2.97 Le ministère devrait s'assurer que le nombre requis d'inspections et de vérifications au hasard est réalisé annuellement à l'égard de chaque installation de garderie.

Réponse du ministère

2.98 *Le ministère travaille actuellement à l'élaboration d'une approche basée sur la gestion des risques pour l'inspection et la surveillance des installations de garderie, approche qui sera mise en œuvre partout dans la province d'ici mars 2004. Grâce à cet outil d'ordonnancement des inspections de qualité, les coordonnateurs auront un calendrier d'inspection pour guider leur travail, et l'outil a déjà été mis à l'essai et validé dans une des régions du ministère.*

2.99 *Grâce à son nouveau système informatique Familles NB, le ministère aura la capacité de produire des rappels pour indiquer au personnel les dates auxquelles les inspections, les vérifications au hasard et les renouvellements sont requis et de suivre la réalisation de ces tâches au moyen de rapports de surveillance. Le nouveau système produira automatiquement une « tâche » pour rappeler au personnel la date à laquelle les agréments, les inspections et les vérifications au hasard doivent être faits. Si la tâche n'est pas accomplie, une autre « tâche » sera automatiquement envoyée au surveillant pour lui indiquer qu'une inspection ou une vérification au hasard est en retard.* [Traduction.]

Réalisation des inspections – le formulaire d'inspection et son utilisation

2.100 Nous avons été heureux de constater que le ministère a une méthode uniforme pour documenter les inspections. Les inspections sont documentées au moyen d'un formulaire qui comprend une liste de contrôle et de l'espace pour consigner des commentaires. Nous avons aussi été heureux de constater que le formulaire d'inspection montre les résultats qui sont conformes et ceux qui ne le sont pas. En documentant toutes les caractéristiques pour lesquelles la conformité est mesurée, on prouve de manière plus certaine qu'une inspection exhaustive a eu lieu. Le formulaire d'inspection est facile à comprendre, pertinent et relativement complet sur le plan des normes. Il constitue un outil efficient et efficace.

2.101 Toutefois, alors que nous avons constaté que toutes les régions utilisent le formulaire d'inspection, nous avons été déçus d'observer que seulement 11 des 36 formulaires d'inspection que nous avons examinés étaient correctement remplis. Le manque d'uniformité dans la manière dont les formulaires d'inspection sont remplis compromet l'utilité à la fois de l'information et du travail effectué. La principale lacune que nous avons observée est la mauvaise utilisation du calendrier de conformité. Le calendrier de conformité prévoit de l'espace pour documenter avec concision les normes non respectées, les mesures

requises, la date de conformité, la date de vérification de la correction et tout autre commentaire additionnel. Le calendrier de conformité n'avait pas servi au suivi pour aucune des 36 formulaires d'inspection que nous avons examinés (vérification des corrections apportées par les installations de garderie).

Recommandation

2.102 Le ministère devrait s'assurer que le formulaire d'inspection est correctement rempli pour chaque inspection annuelle réalisée à chaque installation de garderie.

Réponse du ministère

2.103 *Une directive sera envoyée au personnel régional d'ici l'automne 2003 pour demander que le formulaire d'inspection soit correctement rempli. Cette directive sera ensuite intégrée au manuel des directives et des procédures du Programme des services de garderie.* [Traduction.]

Utilisation des résultats d'inspection

2.104 Nous avons été déçus de constater que les résultats d'inspection ne sont pas toujours reliés au processus d'agrément ou aux mesures d'exécution. Bien que des résultats d'inspection positifs montrent que l'installation se conforme au règlement et aux normes de la province et contribuent effectivement au processus d'agrément, les résultats d'inspection négatifs n'ont pas toujours de suites. Nous avons trouvé des preuves montrant que les certificats sont délivrés quels que soient les résultats d'inspection, et des mesures d'exécution sont rarement prises à la suite de résultats d'inspection négatifs.

Les certificats sont délivrés quels que soient les résultats d'inspection

2.105 Les mesures législatives relient la fonction d'inspection au processus d'agrément en exigeant la conformité de l'installation de garderie au règlement et aux normes avant son agrément par le ministre. Or, nos observations de vérification montrent que la conformité n'est pas toujours exigée avant la délivrance du certificat. Alors que la réalisation de l'inspection annuelle est certainement considérée comme une étape importante du processus d'agrément, il semble que l'étape suivante soit la délivrance du certificat, quels que soient les résultats de l'inspection.

2.106 Dans notre examen des 36 formulaires d'inspection à l'appui des certificats délivrés au cours de l'année écoulée, nous avons observé les points qui suivent relativement au manque de conformité aux normes.

- En tout, 23 installations de garderie ne s'étaient pas conformées à la directive sur la vérification du dossier de SFC et du casier judiciaire.
- Dans quatre cas, entre 20 et 25 infractions avaient été consignées au dossier, et pourtant le certificat de renouvellement a été délivré.

2.107 Dans le cas d'une installation de garderie en particulier, 20 infractions avaient été consignées sur le formulaire d'inspection au sujet du non-respect de normes reliées aux points suivants : santé (lavage des

mains, changement de couches, secourisme); sécurité-incendie (procédure en cas d'urgence, exercices d'évacuation en cas d'incendie, bouchons protecteurs sur les prises électriques); équipement de jeu (plan d'inspection de l'équipement de jeu extérieur); administration (affichage de l'horaire quotidien et de la procédure d'évacuation; énoncés de services sur la procédure en cas de maladie d'un enfant; encadrement des enfants, participation des parents et plaintes des parents).

2.108 Dans le cas d'une autre installation de garderie, 23 infractions avaient été consignées sur le formulaire d'inspection au sujet du non-respect de normes reliées aux points suivants : critères d'embauche du personnel (certificat médical, certificat de secourisme, vérification du casier judiciaire); le programme (plan hebdomadaire écrit, aire de jeu extérieure); santé (lavage des mains, secourisme); sécurité-incendie (procédure en cas d'urgence, bouchons protecteurs sur les prises électriques); équipement de jeu (plan d'inspection pour l'équipement de jeu extérieur); administration (dossiers relatifs aux enfants; dossiers relatifs au personnel; exigences relatives à l'affichage de l'horaire quotidien et de la personne en charge; énoncés de service concernant la violence faite aux enfants et les plaintes).

2.109 Une autre installation de garderie au sujet de laquelle 25 infractions avaient été consignées sur le formulaire d'inspection n'était pas en règle pour bon nombre des mêmes normes que dans les deux exemples qui précèdent. Le formulaire d'inspection montrait également le manque de conformité à trois autres normes ayant trait à la qualité de la surveillance, à l'équipement de jeu intérieur et à la disposition de l'environnement de jeu.

2.110 Pour une quatrième installation de garderie, 22 infractions avaient été consignées sur le formulaire d'inspection. L'installation n'était pas conforme en matière de normes reliées aux points suivants : critères d'embauche du personnel (certificat médical, certificat de secourisme, vérification du casier judiciaire); santé (changement de couches, documents relatifs à l'administration de médicaments); règles de sécurité (appareils d'éclairage d'urgence, sorties de secours); chaises percées; environnement de jeu (équipement de jeu intérieur; équipement de jeu extérieur); dossiers relatifs au personnel.

2.111 Le ministère ne respecte pas les mesures législatives lorsqu'il délivre un certificat sans s'assurer au préalable que l'installation de garderie s'est conformée aux normes. Les inspections devraient contribuer davantage à l'application des mesures législatives.

Les résultats d'inspection négatifs n'ont pas toujours de suites

2.112 Alors que certains des 36 dossiers de l'échantillon montraient qu'un suivi avait été assuré à la suite de résultats d'inspection négatifs, ce n'était pas le cas pour d'autres. Comme le calendrier de conformité n'a pas été utilisé, nous avons examiné les formulaires de vérifications au hasard subséquents pour déterminer si un suivi avait eu lieu. Nous avons découvert plusieurs dossiers qui ne contenaient aucune indication

montrant qu'un suivi avait eu lieu au sujet des infractions pour lesquelles, à notre avis, un suivi aurait dû avoir lieu en raison de la gravité du manque de conformité. Voici quelques exemples :

- absence de preuves concernant les critères d'embauche du personnel, y compris la vérification du casier judiciaire, le certificat médical et le certificat de secourisme;
- équipement de jeu intérieur qui n'est pas sécuritaire, propre ou en bon état;
- programme d'activités qui n'est pas approprié au stade de développement des enfants;
- fournitures, élimination et changement de couches non adéquats;
- absence de bouchons protecteurs sur les prises électriques et autres manques aux normes relatives à la sécurité.

Des mesures d'exécution sont rarement prises

2.113 Au cours des 20 années d'existence du programme, le ministère a ordonné la fermeture de trois installations de garderie seulement. Comme le programme est décentralisé, les responsabilités relatives à l'application relèvent du bureau régional; toutefois, la fermeture d'une installation de garderie requiert l'autorisation du ministre et fait donc appel au bureau central. Nous avons constaté que le ministère n'a pas établi ni consigné un processus visant l'application des normes et des mesures législatives. En conséquence, les coordonnateurs des bureaux régionaux sont très peu conseillés pour savoir quand procéder à une enquête ou à une fermeture.

2.114 Le règlement prévoit qu'un certificat temporaire peut être délivré à une garderie si le ministre est convaincu que les exigences relatives à l'agrément seront remplies au cours d'une période d'au plus six mois.

2.115 Le certificat temporaire peut servir d'outil d'exécution. En effet, il constitue un « certificat conditionnel » qui donne le temps à l'installation de garderie de corriger son rendement et de se conformer aux normes.

2.116 Nous avons été heureux de constater que le ministère a élaboré un mécanisme de délivrance de certificats temporaires et que le système d'information a la capacité de consigner, d'identifier et de suivre les certificats temporaires. Nous avons toutefois observé que les certificats temporaires sont très peu utilisés et que les coordonnateurs ne comprennent pas tous de la même façon comment les utiliser; nous avons aussi relevé deux cas où, à notre avis, leur utilisation n'était pas indiquée. Dans les deux cas qui suivent, un certificat temporaire a été

délivré; nous pensons cependant que la prise de mesures d'exécution plus sévères aurait été davantage appropriée.

2.117 Dans le premier dossier, nous estimons que la prise de mesures d'exécution plus sévères aurait été davantage appropriée pour les raisons suivantes :

- Aucun formulaire de demande n'a été reçu. La présentation d'un formulaire de demande est une exigence législative du processus d'agrément.
- L'inspection de prévention des incendies en dossier remontait à 10 mois. L'inspection avait relevé des infractions et n'avait pas recommandé l'agrément de la garderie.
- Le formulaire d'inspection des installations de garderie du ministère montrait que 23 normes n'étaient pas entièrement satisfaites et demandait la prise de mesures correctives. Les infractions relevées avaient trait aux normes reliées aux points suivants : critères d'embauche du personnel (certificat médical, certificat de secourisme, vérification du casier judiciaire); sécurité (conservation des produits toxiques dans leurs contenants d'origine étiquetés, exercices mensuels d'évacuation en cas d'incendie, bouchons protecteurs sur les prises électriques); équipement de jeu (plan d'inspection de l'équipement de jeu extérieur); salles de toilette; matelas; administration (dossiers relatifs aux enfants; dossiers relatifs au personnel; énoncés de service concernant la violence faite aux enfants et les plaintes).

2.118 Dans le second dossier, nous avons constaté que le coordonnateur avait délivré plusieurs certificats temporaires, et la garderie avait reçu un troisième certificat temporaire. Le premier certificat temporaire a eu une durée d'un mois. Le deuxième a eu une durée de deux mois. Quant au troisième certificat, il était toujours en vigueur au moment de notre examen. Un certificat temporaire avait été délivré à l'installation pour lui donner le temps de corriger une infraction aux normes de santé publique. À notre avis, à l'expiration d'un certificat temporaire, le ministère devrait soit délivrer un certificat de renouvellement (si la garderie est maintenant conforme aux normes), soit prendre des mesures d'exécution (si la garderie ne s'est toujours pas conformée aux normes).

2.119 Nous avons aussi examiné des dossiers dans lesquels on n'a pas eu recours à un certificat temporaire, alors que, selon nous, on aurait dû. Par exemple, nous avons examiné des dossiers qui contenaient un formulaire d'inspection d'installation de garderie consignant plusieurs infractions, et pourtant un certificat de renouvellement a été accordé. Un certificat temporaire aurait été approprié en attendant que l'on puisse s'assurer que les modifications nécessaires avaient été apportées à l'installation de garderie. De plus, nous avons examiné des dossiers

montrant qu'un certificat n'avait pas été délivré, car le coordonnateur attendait l'attestation de conformité de Santé publique ou du Bureau du prévôt des incendies. Puis, à la réception de l'attestation de conformité, le certificat était antidaté et délivré. Un certificat temporaire aurait pu être délivré au lieu d'attendre puis d'antidater un certificat régulier.

2.120 Le processus d'inspection actuel des installations de garderie se limite à une vérification de la conformité aux normes. Il ne fait rien pour faire respecter la conformité. Le suivi des infractions et l'exécution des normes et des mesures législatives sont deux autres éléments importants du respect de la conformité. En 1987, dans son examen du programme, le Bureau du contrôleur avait déclaré qu'aucune sanction n'était appliquée en cas de non-conformité à la loi, aux règlements ou aux normes. Il ajoutait que les installations de garderie obtenaient un permis quelles que soient les constatations. Or, nos constatations montrent que cette déclaration tient toujours.

Recommandations

2.121 Le ministère devrait s'assurer qu'un suivi adéquat a lieu lorsqu'une inspection est incomplète ou lorsque des infractions sont observées.

2.122 Le ministère devrait établir une marche à suivre pour l'exécution des normes et des mesures législatives. Cette marche à suivre devrait être documentée et clairement communiquée aux coordonnateurs.

2.123 Le ministère devrait mettre à jour les conseils relatifs à l'utilisation d'un certificat temporaire et surveiller leur utilisation de façon à s'assurer que tous les coordonnateurs utilisent les certificats temporaires d'une manière appropriée.

Réponse du ministère

2.124 *Le ministère est d'accord avec ces recommandations et y donnera suite dans le cadre de l'élaboration du manuel des directives et des procédures du Programme des services de garderie, qui devrait être achevé durant l'exercice 2003-2004.* [Traduction.]

Conclusion

2.125 Il est partiellement satisfait au critère. Bien qu'il y ait pour le programme un formulaire type qui, correctement utilisé, donnerait lieu à des inspections efficaces réalisées de manière efficiente, le ministère n'a pas mis au point de méthodes pour l'établissement des priorités et la réalisation d'inspections et pour assurer le respect des normes. En conséquence, nous avons constaté que la densité d'inspection n'est pas adéquate, que les inspections sont réalisées de manière efficace dans certaines installations de garderie mais qu'elles demeurent incomplètes dans d'autres, et que les résultats d'inspection ne sont pas toujours reliés au processus d'agrément ou à la prise de mesures d'exécution.

Directives et procédures

2.126 Les directives et les procédures établissent des règles visant à faire en sorte que le programme soit fourni conformément aux mesures législatives et de manière uniforme partout dans la province.

2.127 Notre troisième critère était le suivant :

Les directives et les procédures d'agrément des installations de garderie, de surveillance des installations et d'application des mesures législatives devraient être documentées, et le personnel devrait y avoir facilement accès. Des méthodes de contrôle de la qualité devraient être en vigueur pour vérifier que les directives et les procédures sont suivies et mises à jour au besoin.

2.128 Le ministère n'a pas de manuel des directives et des procédures pour le Programme des services de garderie. En conséquence, aucune procédure par écrit ne guide les coordonnateurs dans l'agrément et l'inspection des installations de garderie et dans l'application des mesures législatives. Le ministère reconnaît que des directives et des procédures sont nécessaires.

2.129 Le ministère a envoyé au personnel un certain nombre de notes de service sur des directives. Celles-ci portent sur des sujets tels que la délivrance des certificats et la lettre d'accompagnement, la délivrance de certificats temporaires et la perception des droits d'agrément. Ces notes de service pourraient être des références utiles sur des points précis. Leur utilité est toutefois limitée, puisqu'elles n'ont pas été rassemblées et organisées pour les coordonnateurs. Par le passé, elles ont été remises au personnel au moyen de notes interservices, au besoin, sans conseil sur leur conservation. Les coordonnateurs ne sont peut-être même pas au courant de toutes les directives, puisqu'elles ont été publiées au fil des ans et que certaines remontent aussi loin que 1986. Durant ce temps, le nombre de postes de coordonnateur a augmenté et, dans certaines régions, le personnel a changé.

2.130 Le risque d'incohérences dans la prestation d'un programme s'accroît en l'absence de directives officielles. Ce risque est encore plus grand lorsque le programme est décentralisé, comme c'est le cas pour les services de garderie. Nous avons observé les incohérences suivantes durant notre examen.

- Certains coordonnateurs pensent que l'inspection de prévention des incendies doit avoir lieu aux 24 mois, alors qu'elle est exigée aux 12 mois.
- L'un des coordonnateurs pense que l'inspection pour l'agrément initial doit avoir lieu durant les 12 mois suivant la délivrance du certificat, alors que l'inspection du ministère doit être effectuée avant l'agrément de l'installation de garderie.

- Voici d'autres incohérences que nous avons décrites plus tôt dans le chapitre : choix du moment pour la délivrance des certificats, fréquence des vérifications au hasard, intégrité des inspections, suivi en cas de non-conformité aux normes, et recours aux certificats temporaires.

2.131 À notre avis, ces interprétations divergentes et ces incohérences soulignent la nécessité d'établir des directives et des procédures en bonne et due forme.

2.132 Dans son examen du programme en 1987, le Bureau du contrôleur a souligné la nécessité d'avoir un manuel des directives et des procédures. Nos constatations montrent que le besoin se fait toujours sentir. En plus de l'élaboration d'un manuel des directives et des procédures, il est essentiel que le personnel en prenne connaissance au moyen d'une formation, le cas échéant. De plus, pour veiller à ce que les directives et les procédures soient suivies et mises à jour au besoin, des mécanismes de contrôle de la qualité doivent être mis en œuvre.

Recommandations

2.133 Le ministère devrait élaborer des directives et des procédures par écrit pour l'agrément des installations de garderie, la surveillance des installations et l'exécution des mesures législatives. Le personnel devrait avoir facilement accès aux directives et aux procédures.

2.134 Le ministère devrait donner une formation au personnel au besoin pour s'assurer que les directives et les procédures sont comprises et suivies.

2.135 Le ministère devrait élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de contrôle de la qualité pour s'assurer que les directives et les procédures sont suivies et mises à jour au besoin.

Réponse du ministère

2.136 *Bien qu'une série de notes de service ait été envoyée afin de renseigner le personnel pertinent sur les directives et les procédures, le ministère convient de les rendre officielles en élaborant un manuel des directives et des procédures du Programme des services de garderie, qu'il entamera à l'automne 2003. La formation du personnel constituera un élément important de la mise en service du manuel des directives et des procédures. La surveillance du Programme des services de garderie comprendra un examen de la mise en œuvre du nouveau manuel, ainsi que l'élaboration de mécanismes de contrôle de la qualité pour assurer la mise à jour au besoin du manuel.* [Traduction.]

Conclusion

2.137 Il n'est pas satisfait au critère. Le ministère n'a pas établi de directives et de procédures officielles pour le Programme des services de garderie.

Reddition de comptes – Surveillance du programme et information communiquée sur le programme

2.138 Des procédures de surveillance et de rapport visent à fournir de l'information qui permet de déterminer si le programme atteint ses objectifs.

2.139 Notre quatrième critère était le suivant :

> *Le ministère devrait avoir en place des méthodes appropriées pour mesurer et communiquer l'efficacité du programme en ce qui a trait à l'agrément et à la surveillance des installations de garderie.*

2.140 Tout programme gouvernemental devrait avoir des buts et des procédures de surveillance du rendement, et le gouvernement devrait faire rapport sur l'efficacité du programme. Nous avons évalué chacun de ces aspects pour déterminer s'il était satisfait au critère.

Buts du programme

2.141 Le ministère n'a pas établi pour le programme des buts ou des cibles auxquels il peut comparer les résultats.

Recommandation

2.142 Le ministère devrait établir pour le Programme des services de garderie des buts et des cibles auxquels il peut comparer les résultats.

Réponse du ministère

2.143 *Le ministère entreprendra dans les 12 prochains mois l'établissement de buts et de cibles visant le Programme des services de garderie dans le cadre des normes actuelles du programme.* [Traduction.]

Surveillance du rendement

2.144 Un système de surveillance adéquat n'a pas été établi pour le programme, les responsabilités relatives à la surveillance n'ont pas été assignées et les procédures de surveillance habituelles ne sont pas exécutées.

2.145 En l'absence de surveillance, il est possible que les problèmes du programme ne soient pas relevés (et ne soient donc pas corrigés) en temps opportun. À notre avis, les problèmes qui suivent auraient pu être évités grâce à une surveillance adéquate du programme :

- la prestation du programme ne se conforme pas entièrement aux mesures législatives;
- des incohérences sont observées dans la prestation du programme d'un bureau régional à l'autre;
- des rapports d'inspection incomplets illustrent un problème de contrôle de la qualité.

2.146 Dans son examen du programme en 1987, le Bureau du contrôleur avait relevé des faiblesses dans les procédures de surveillance visant les coordonnateurs et le processus d'agrément, y compris les

rapports d'inspection. Nos observations montrent que ces faiblesses existent toujours.

Recommandation

2.147 Le ministère devrait établir pour le Programme des services de garderie un plan de surveillance du rendement comportant des procédures de surveillance précises.

Réponse du ministère

2.148 *Le ministère est d'accord pour entreprendre dans les 12 prochains mois l'élaboration d'un plan de surveillance du rendement en bonne et due forme pour le Programme des services de garderie. Ce plan sera compatible avec les rôles et les responsabilités de surveillance de la nouvelle Division de l'élaboration et de la surveillance des programmes du ministère.* [Traduction.]

Communication d'information sur l'efficacité du programme

2.149 Comme il n'y a pas de buts pour le programme et aucune surveillance, le ministère ne reçoit pas d'information pertinente et exacte sur l'efficacité de l'inspection et sur l'agrément des installations de garderie.

2.150 Les seuls renseignements communiqués au sujet du programme, dans le rapport annuel du ministère, sont très limités et se bornent à fournir le nombre installations de garderie et de places agréées.

2.151 Le gouvernement et l'Assemblée législative ne reçoivent aucune information qui leur serait utile pour déterminer si les normes visant les garderies sont respectées et si le programme répond aux attentes.

2.152 Nous avons été déçus par le manque d'action à la suite de la directive du gouvernement datant de 1994 et intitulée *Nouvelles orientations : réformes des services de garde*, qui précisait ce qui suit :

> *Afin d'améliorer la qualité des services offerts par les milieux de garde à l'enfance réglementés, les modifications suivantes sont apportées :* [...]
>
> - *Élaborer une politique pour accroître le respect des normes et règlements actuels.*
>
> - *Établir une exigence réglementaire qui oblige les exploitants à afficher sur place tout avis d'infraction afin d'informer les parents.*

2.153 Le ministère a confirmé que ces deux améliorations n'ont pas été mises en œuvre.

2.154 En omettant de donner suite aux recommandations et aux améliorations proposées, y compris celles du Bureau du contrôleur qui remontent déjà à 1987, le ministère n'a pas profité de ces occasions pour améliorer le programme et faire rapport sur les résultats.

Recommandations

2.155 Le ministère devrait faire rapport sur l'efficacité du Programme des services de garderie à l'interne et publiquement dans son rapport annuel.

2.156 Le ministère devrait examiner le rapport préparé en 1987 par le Bureau du contrôleur pour déterminer quelles constatations et quelles recommandations sont toujours pertinentes, décider des mesures à prendre et établir un plan de mise en œuvre.

2.157 Le ministère devrait examiner la directive de 1994 intitulée *Nouvelles orientations : réformes des services de garde* pour déterminer quelles orientations stratégiques à long terme sont toujours pertinentes, décider des mesures à prendre et établir un plan de mise en œuvre.

Réponse du ministère

2.158 *Tel que vous le demandez, le ministère examinera les documents pour en ressortir les recommandations pertinentes. Le ministère convient de faire rapport à l'interne et publiquement sur l'efficacité du Programme des services de garderie.* [Traduction.]

Conclusion

2.159 Il n'est pas satisfait au critère. Le ministère n'a pas de procédures appropriées pour mesurer l'efficacité du programme et en faire rapport pour ce qui est de l'agrément et de la surveillance des installations de garderie.

Sommaire

2.160 Le ministère des Services familiaux et communautaires reconnaît qu'il est important pour les installations de garderie d'offrir des soins de qualité. Il a élaboré quelque 140 normes visant les installations de garderie.

2.161 À notre avis, le Programme des services de garderie fait face à deux défis clés. Une structure décentralisée adéquate du programme doit être élaborée, et les besoins du programme en matière de croissance doivent être pris en compte.

Une structure décentralisée adéquate du programme doit être élaborée

2.162 Au moment de sa décentralisation en 1985, le programme comptait quatre membres du personnel régional et 67 installations. Le programme était de petite taille, et une structure adéquate de prestation décentralisée du programme n'a pas été établie avant que soient confiées aux bureaux régionaux des responsabilités relatives au programme. Les observations qui suivent résument les faiblesses dans la structure de prestation du programme et les problèmes qui en ont résulté.

- Il n'y a pas de communications officielles entre le ministère et les bureaux régionaux de la Santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être et entre le ministère et le Bureau du prévôt des incendies du ministère de la Sécurité publique. Ces deux autres ministères sont chargés de l'inspection des installations de garderie, ce qui a donné lieu à des incohérences quant à la fréquence des

inspections, à la documentation reçue des différents inspecteurs et au suivi des infractions observées par les deux autres ministères.

- Le ministère n'a pas établi ni documenté de processus pour l'exécution des normes et des mesures législatives. Nous avons observé des cas dans lesquels un certificat avait été délivré à une installation de garderie alors que celle-ci ne respectait pas les normes, et des cas dans lesquels les installations de garderie fonctionnaient sans détenir un certificat valide.

- Le ministère n'a pas établi de directives et de procédures officielles pour le programme. Nous avons observé plusieurs incohérences dans la délivrance des certificats et dans l'inspection des installations de garderie.

- Il n'y a pas de surveillance officielle du programme. Il s'ensuit des situations de non-respect des mesures législatives, des besoins de formation non satisfaits et un contrôle de la qualité inadéquat.

- La communication d'information au sujet du programme fait défaut. Il s'ensuit que le gouvernement et l'Assemblée législative ne savent pas si les normes visant les garderies sont observées et si le programme a une incidence positive.

- Des occasions d'améliorer la prestation du programme n'ont pas été saisies.

2.163 Il ne fait aucun doute que la correction de telles faiblesses améliorera le programme.

Les besoins du programme en matière de croissance doivent être pris en compte

2.164 Le programme affiche une croissance considérable depuis 1985, année de la mise en œuvre des normes et de la décentralisation du programme. Au 31 mars 2002, il y avait dans la province 359 installations de garderie agréées, soit 292 de plus qu'en 1985 pour une hausse de 436 %. Les observations qui suivent semblent montrer que la gestion de la croissance du programme par le ministère est déficiente.

- Le nombre d'installations de garderie au sein du programme ne cesse de croître, mais pas les ressources humaines assignées au programme.

  Les effectifs du ministère assignés au programme ont augmenté jusqu'en 1994; il n'y a toutefois pas eu d'autres augmentations depuis. Tandis que le nombre de postes de coordonnateur est demeuré le même, le nombre d'installations de garderie devant faire l'objet de renouvellements annuels et d'une surveillance continue s'est accru de 56 % depuis 1994. Plusieurs des coordonnateurs à qui nous avons parlé nous ont dit être submergés de travail. Des coordonnateurs ont

exprimé leur inquiétude devant les risques accrus que courent les enfants en raison du manque de temps que les coordonnateurs peuvent passer dans les installations.

Il n'y a eu aucun changement dans le nombre d'employés du bureau central affecté au programme depuis 1985. Il n'y a qu'un membre du personnel du bureau central affecté au programme, et cette personne a aussi des responsabilités relatives à d'autres programmes en plus du Programme des services de garderie.

Comme nous l'avons mentionné, les 11 personnes chargées du Programme des services de garderie assument toutes des responsabilités relatives à d'autres programmes aussi. Cela signifie qu'elles ne peuvent consacrer qu'une fraction de leur temps à l'inspection des installations de garderie, à la délivrance des certificats, à l'examen des plaintes, à la prestation de conseils aux installations de garderie et à toutes les autres tâches qu'implique le Programme des services de garderie.

- Ni le programme, ni la prestation du programme n'ont été modifiés, pas plus que les mesures législatives.

- Nous avons analysé la charge de travail par rapport aux installations de garderie affectées aux coordonnateurs dans chacune des huit régions. Alors que tous les coordonnateurs ont les mêmes responsabilités, on constate des écarts considérables dans le nombre d'installations de garderie affecté à chacun.

  Le nombre moyen d'installations de garderie par poste de coordonnateur varie entre 23 et 57. (Si l'on prend le total pour la province, le nombre moyen d'installations de garderie par poste de coordonnateur est 42.) Nous avons aussi constaté que, bien que les régions d'Edmundston et de Campbellton aient environ le même nombre d'installations de garderie agréées, soit 23 et 21 respectivement, la région d'Edmundston a un poste complet, alors que la région de Campbellton a un demi-poste.

2.165 Il semble que le ministère n'assure pas une gestion adéquate de la croissance du programme, puisqu'il n'y a eu aucun changement dans les attentes et dans les ressources du programme depuis 1994.

Recommandation

2.166 Le ministère devrait de nouveau examiner le nombre nécessaire de postes de coordonnateurs des services de garderie ainsi que la justification de leur affectation aux huit bureaux régionaux. Le ministère devrait apporter les changements nécessaires pour veiller à ce que les ressources affectées aux bureaux régionaux soient suffisantes.

Réponse du ministère

2.167 *Le ministère examinera de nouveau les besoins et les affectations en matière de personnel.* [Traduction.]

Conclusion

2.168 Bien que le ministère des Services familiaux et communautaires ait effectivement établi des processus pour l'agrément et l'inspection des installations de garderie, nous sommes d'avis que ces processus ne sont pas adéquats et ne réussissent pas toujours à assurer la conformité aux mesures législatives et aux normes de la province en matière d'installations de garderie.

2.169 Les mesures législatives offrent un mécanisme approprié pour protéger les enfants qui fréquentent les installations de garderie agréées. Elles prévoient que toutes les installations de garderie doivent être agréées et respecter le règlement et les normes avant leur agrément. De plus, elles précisent qu'il est illégal pour une installation de garderie de fonctionner sans agrément. Lorsqu'un certificat d'agrément est délivré sans que soit assurée la conformité au règlement et aux normes, le système ne fonctionne plus. Lorsque les installations de garderie peuvent fonctionner sans avoir un certificat d'agrément valide, le système ne fonctionne plus. Lorsque le système ne fonctionne plus, le public est desservi, car les enfants qui fréquentent les installations de garderie ne reçoivent pas la protection qui est promise.

2.170 Les mesures législatives et les normes ont été établies pour assurer une certaine qualité en matière de services de garderie. Si les processus d'agrément et d'inspection n'assurent pas la conformité, alors la qualité attendue et requise ne peut être atteinte. Nous avons formulé plusieurs recommandations qui, à notre avis, aideront le ministère à faire en sorte que les mesures législatives soient observées et que des services de garderie de qualité soient fournis.

Chapitre 3
Ministère des Finances
Programmes de dépenses fiscales

Contenu

Contexte . . . 55
Étendue . . . 56
Résumé des résultats . . . 57
Approbation des programmes de dépenses fiscales . . . 58
Objectifs des programmes de dépenses fiscales . . . 60
Surveillance et évaluation des programmes de dépenses fiscales . . . 62
Rapport sur l'efficacité . . . 65

Ministère des Finances Programmes de dépenses fiscales

Contexte

3.1 Nous avons l'habitude d'associer les programmes gouvernementaux au budget des dépenses. Cependant, les programmes gouvernementaux ne sont pas tous offerts de cette manière. Les gouvernements offrent aussi des programmes qui portent sur différentes recettes fiscales. C'est depuis l'instauration de l'impôt sur le revenu des particuliers que des déductions et des programmes d'exclusion qui ont pour effet de réduire les recettes fiscales sont offerts.

3.2 Ces programmes réduisent les taxes et impôts payés par certains contribuables et, de ce fait, réduisent les recettes fiscales qui, autrement, seraient payables à la province. Ces genres de programmes sont communément appelés des *dépenses fiscales*.

3.3 Il n'existe pas de définition universellement acceptée des dépenses fiscales, bien qu'on semble s'entendre sur le concept. Le ministère des Finances du Canada définit les dépenses fiscales comme suit :

> *Manque à gagner subi par le fisc ou renonciation à des recettes fiscales en raison d'exemptions, de déductions, de réductions de taux, de remboursements, d'exonérations, de crédits ou de reports particuliers qui réduisent l'impôt normalement payable.*

3.4 Les dépenses fiscales peuvent être considérées comme une aide financière consentie à certains groupes de contribuables ou comme des stimulants économiques qui encouragent des comportements donnés parmi les contribuables.

3.5 La pièce 3.1 contient des exemples de programmes provinciaux de dépenses fiscales et de leurs avantages pour les contribuables visés.

3.6 Les dépenses fiscales influent sur la situation financière de la province de la même manière que les programmes de dépenses directes. Un dollar sous forme de recettes cédées a le même effet sur l'excédent

ou le déficit de la province qu'un dollar dépensé directement. À notre avis, les programmes de dépenses fiscales peuvent avoir une incidence économique en tous points semblable à celle des programmes de dépenses directes du gouvernement. Dans certains cas, les dépenses fiscales peuvent être considérées comme une solution de rechange aux dépenses directes.

Pièce 3.1
Exemples de programmes provinciaux de dépenses fiscales

Taxe ou impôt	Programme	Avantages pour les contribuables visés
Impôt sur le revenu des particuliers	Prestation pour personnes âgées à faible revenu du Nouveau-Brunswick	100 $ par année pour les personnes âgées qui reçoivent le Supplément de revenu garanti, l'Allocation au survivant ou l'Allocation prolongée au conjoint
Taxe sur l'essence et les carburants	Exemptions pour les aquaculteurs, les agriculteurs, les pêcheurs et les sylviculteurs	Prévoit une exemption au point de vente de la taxe sur le carburant et un remboursement de la taxe sur l'essence et le carburant
Impôt foncier	Programme de réduction d'évaluation	Exemptions partielles accordées sur les biens appartenant à des organisations de bienfaisance et à des organisations à but non lucratif admissibles
Impôt sur le revenu des particuliers	Crédit d'impôt pour contributions politiques	Crédit d'impôt maximum de 500 $ • 75 % de la première tranche de 200 $ • 50 % de la tranche suivante de 350 $ • 33,33 % la tranche suivante de 525 $
Impôt sur le revenu des sociétés	Crédit d'impôt pour incitation à la main-d'œuvre cinématographique	Les sociétés dont la principale activité est la production cinématographique peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt égal à un maximum de 40 % des salaires admissibles payés à des résidents du Nouveau-Brunswick. Les salaires supérieurs à 50 % du total des coûts de production ne sont pas admissibles.

3.7 En revanche, les programmes de dépenses fiscales et les programmes de dépenses directes ne sont pas soumis à l'Assemblée législative de la même manière dans le cadre du processus annuel d'approbation budgétaire. De plus, il n'existe actuellement aucun renseignement public sur le coût des programmes de dépenses fiscales offerts par la province. Il n'y a aucun moyen de savoir si ces programmes atteignent les résultats escomptés. Il est possible qu'un programme ait effectivement atteint son but et qu'il ne soit plus utile pour les contribuables.

Étendue

3.8 Étant donné le nombre important de programmes de dépenses fiscales et les questions relatives à la reddition de comptes qu'ils soulèvent, nous avons décidé de porter notre attention sur ce secteur.

3.9 Notre objectif pour le projet était le suivant :

Examiner et évaluer le processus suivi pour approuver, surveiller et évaluer les programmes provinciaux de dépenses fiscales et en faire rapport.

3.10 Nous avons élaboré quatre critères de vérification pour servir de base ou de norme à notre vérification. Ces critères ont fait l'objet de discussions avec le ministère des Finances, et il a été convenu qu'ils étaient raisonnables.

3.11 Nous avons examiné en détail un échantillon de quatre programmes représentatifs de dépenses fiscales pour étudier le processus gouvernemental à la lumière des quatre critères de vérification.

3.12 Voici les quatre programmes examinés :

Taxe ou impôt	Programme	Avantages pour les contribuables visés
Taxe sur l'essence et les carburants	Exemptions fiscales sur les carburants accordées à différentes catégories de consommateurs	Prévoit une exemption au point de vente de la taxe sur le carburant et un remboursement de la taxe sur l'essence et le carburant
Impôt foncier	Programme de réduction d'évaluation	Exemptions partielles accordées sur les biens appartenant à des organisations de bienfaisance et à des organisations à but non lucratif admissibles
Impôt foncier	Programme d'identification des terres agricoles	Prévoit le report de l'impôt foncier sur les terres et les biens agricoles inscrits
Impôt sur le revenu des particuliers	Crédit d'impôt pour capital de risque de travailleurs	Les contribuables qui achètent des actions de sociétés à capital de risque de travailleurs du Nouveau-Brunswick visées par règlement sont admissibles à un crédit d'impôt non remboursable de 15 % jusqu'à concurrence de 750 $ par année.

3.13 Nous avons obtenu des éléments probants en examinant la documentation, en menant des entrevues et en effectuant des tests de conformité sur divers processus ministériels. Nous avons comparé les éléments probants aux critères de vérification afin de formuler des constatations, des recommandations et des conclusions. Nous avons aussi examiné les pratiques en vigueur à l'extérieur du Nouveau-Brunswick.

3.14 La majeure partie de nos travaux touche le ministère des Finances. Étant donné l'ampleur des responsabilités du ministère et de son rôle dans les programmes de recettes fiscales, nous avons conclu qu'il était approprié de centrer notre vérification sur ce ministère.

Résumé des résultats

3.15 Les programmes de dépenses fiscales ne sont pas soumis au même examen minutieux de l'Assemblée législative que celui dont

fait l'objet l'approbation du budget annuel des dépenses. L'Assemblée législative approuve la mise sur pied de ces programmes, mais elle n'est pas suffisamment renseignée à intervalles réguliers pour être en mesure d'évaluer si ces programmes demeurent pertinents et utiles.

3.16 Les programmes de dépenses fiscales que nous avons examinés ne comportaient pas d'objectifs mesurables précisant les résultats escomptés pour le programme.

3.17 Aucune méthode en bonne et due forme n'est établie pour guider la surveillance et l'évaluation des programmes de dépenses fiscales.

3.18 Il n'y a aucun rapport public sur l'efficacité des programmes de dépenses fiscales.

Approbation des programmes de dépenses fiscales

3.19 Notre premier critère était le suivant :

> *Les programmes de dépenses fiscales devraient être approuvés en bonne et due forme.*

3.20 En vertu d'une pratique établie de longue date au Nouveau-Brunswick, l'Assemblée législative est tenue d'autoriser au préalable toute dépense de fonds publics, ce qu'elle fait au moyen de lois portant affectation de crédits. Ces lois sont le principal contrôle législatif qui est exercé sur les dépenses du gouvernement.

3.21 Le processus d'approbation des programmes de dépenses fiscales n'est pas le même.

3.22 Le processus suivi pour approuver initialement les programmes de dépenses fiscales semble assez rigoureux. Il faut en effet adopter ou modifier des mesures législatives, ce qui requiert du ministère parrain qu'il prépare un mémoire au Conseil exécutif en suivant la procédure établie dans le *Manuel des procédures : Présentation des documents du Conseil exécutif*. La procédure exige notamment la réalisation d'une analyse des politiques qui, selon le manuel, devrait :

- justifier la nouvelle loi ou la modification législative proposée;
- expliquer ce qui est proposé;
- expliquer comment les objectifs seront atteints;
- exposer les avantages et les inconvénients de la proposition;
- décrire les méthodes d'exécution.

3.23 La procédure qui précède semble raisonnable. Nous n'avons toutefois pas pu confirmer qu'elle est suivie, car on nous a refusé l'accès à tous les documents du Conseil exécutif.

3.24 Des cadres supérieurs du ministère des Finances nous ont informés que les programmes de revenu, y compris les programmes de dépenses fiscales, ne peuvent être créés ni modifiés sans une autorisation législative à l'appui.

3.25 Bien que nous n'ayons pas pu examiner directement le processus d'approbation à l'appui de la décision de créer les programmes de dépenses fiscales, nous avons trouvé l'autorisation législative pour les quatre programmes que nous avons retenus aux fins d'examen. Nous reconnaissons que l'approbation voulue a été obtenue, mais ce sont les renseignements fournis à l'Assemblée législative à l'appui des programmes qui nous préoccupent. Bien qu'on nous ait informés que l'Assemblée législative reçoit souvent les estimations de coût qui sous-tendent les recettes cédées, rien n'oblige à la présentation de cette information au moment de l'approbation. Les frais d'administration du programme sont un autre coût qui, s'il est élevé, devrait être signalé.

3.26 Chaque année, le budget principal établit les recettes prévues pour l'exercice. Bien que les recettes puissent faire l'objet de discussions, les législateurs ne votent pas sur les sommes en question au moment du budget. À moins que les mesures législatives qui créent le programme l'exigent, les programmes de dépenses fiscales ne sont pas soumis au même examen minutieux de l'Assemblée législative que celui dont fait l'objet l'approbation du budget annuel des dépenses.

3.27 Dans d'autres gouvernements, on constate que les programmes de dépenses fiscales ne sont pas soumis à un examen budgétaire aussi minutieux que les programmes de dépenses directes. Souvent, les fonds dépensés au moyen de réductions fiscales évitent la concurrence avec d'autres priorités en matière de dépenses. Offrir des programmes au moyen de recettes fiscales peut entraver la capacité du gouvernement d'évaluer avec exactitude la valeur du programme par rapport à d'autres besoins. De plus, le fait de ne pas traiter les programmes de dépenses fiscales de la même manière que les dépenses directes peut entraver la formulation d'un plan budgétaire coordonné et cohérent.

3.28 On a aussi constaté dans d'autres gouvernements que, une fois le programme approuvé dans le cadre du régime fiscal, sa pertinence continue n'est parfois jamais remise en question. Dans bien des cas, contenir les programmes de dépenses fiscales est plus difficile que pour les dépenses directes, car l'information financière nécessaire pour guider et soutenir les mesures qui s'imposeraient n'est pas connue.

Recommandations

3.29 Le gouvernement devrait fournir l'information financière à l'Assemblée législative au moment où l'approbation législative concernant le programme de dépenses fiscales est demandée.

3.30 Le gouvernement devrait préparer pour l'Assemblée législative de l'information qui faciliterait un examen rigoureux des programmes de dépenses fiscales sur une base régulière.

Réponse du ministère

3.31 *Bien qu'il ne soit pas mentionné expressément que l'information financière doit être fournie, cette information est toujours disponible au moment du dépôt des mesures fiscales à l'Assemblée législative et elle est presque toujours fournie. Des mécanismes en place font que les prévisions de coûts sont fournies au cours du processus législatif, notamment dans la déclaration faite au moment du dépôt, à la deuxième lecture et à l'étape de l'étude en Comité plénier. Cependant, la manière dont l'information est fournie est une décision qui appartient au gouvernement. Le ministère n'est pas habilité à dicter quelles informations seront fournies à l'Assemblée législative ni à quel moment.*

3.32 *Le ministère est d'accord en principe sur le fait que des informations devraient être fournies sur les dépenses fiscales qui ressemblent le plus à des programmes de dépenses. Nous tenons toutefois à souligner que la surveillance et l'évaluation de tels programmes et les rapports à leur endroit exigent des ressources et du temps. En conséquence, l'établissement d'un processus de rapport devrait viser un juste équilibre entre les coûts et les avantages de la réalisation de telles évaluations.* [Traduction.]

Conclusion

3.33 À la lumière des commentaires du ministère des Finances et des résultats de l'échantillon de vérification, nous concluons qu'il est satisfait au critère. Cependant, la présentation systématique des coûts prévus à l'Assemblée législative au moment de l'approbation initiale des programmes améliorerait le processus d'approbation. De plus, la reddition de comptes serait renforcée si un mécanisme était en vigueur pour approuver le maintien des programmes de dépenses fiscales après leur mise en œuvre initiale.

Objectifs des programmes de dépenses fiscales

3.34 Notre deuxième critère était le suivant :

Les programmes de dépenses fiscales devraient comporter des objectifs mesurables.

3.35 Plusieurs considérations entrent en ligne de compte dans l'établissement d'un programme. L'une des considérations les plus fondamentales est la détermination d'objectifs mesurables pour le programme. Les objectifs du programme guident les activités du programme et constituent le point de référence à partir duquel on peut régler les difficultés et décider des modifications à apporter au fur et à mesure que le programme évolue. Les objectifs doivent être énoncés dans des termes qui permettent de comparer les résultats réels aux résultats escomptés et de mesurer de manière utile le rendement du programme.

3.36 Pour assurer une reddition de comptes intégrale du rendement, il faut que les personnes chargées de l'exécution des programmes du gouvernement connaissent les objectifs mesurables qu'ils sont censés atteindre.

3.37 Comme il est mentionné précédemment, le *Manuel des procédures : Présentation des documents du Conseil exécutif* exige que des objectifs soient établis pour le programme. Le manuel exige une description des objectifs et une explication de la manière dont ils seront atteints. Nous avons demandé s'il existe une directive provinciale ou ministérielle qui exige la communication publique d'objectifs mesurables (ou des résultats escomptés) pour les programmes de dépenses fiscales. Le personnel cadre du ministère des Finances nous a affirmé qu'il n'existe aucune directive du genre.

3.38 Nous avons examiné la documentation disponible et les mesures législatives à l'appui de quatre programmes de dépenses fiscales pour tenter d'en déterminer les objectifs mesurables.

3.39 Dans les quatre cas, nous avons constaté que la responsabilité de la prestation du programme a été assignée. De plus, des critères sont établis pour l'admissibilité aux programmes de dépenses fiscales. En revanche, on ne trouve pas d'objectifs clairement énoncés et mesurables qui précisent quels sont les résultats escomptés pour le programme.

3.40 Par exemple, le ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture est chargé de l'exécution du Programme d'identification des terres agricoles. Sur la base des discussions tenues avec le personnel du ministère, nous avons pu déterminer que le programme vise à maintenir la vocation agricole des terres et à empêcher l'empiétement de l'aménagement urbain et résidentiel sur les terres agricoles. De savoir que le personnel est au courant de l'objectif central du programme nous encourage, mais aucun objectif mesurable n'a été officiellement établi. Ainsi, le programme pourrait avoir comme objectif l'inscription d'un certain pourcentage de terres agricoles dans la province, ou encore la hausse du pourcentage de terres agricoles dans la province par rapport à l'ensemble du territoire.

3.41 En l'absence d'objectifs mesurables, nous estimons que les administrateurs des programmes et les législateurs ne reçoivent pas suffisamment de renseignements pour leur permettre de bien saisir ce qui est attendu du programme.

Recommandation

3.42 Le gouvernement devrait établir des objectifs mesurables pour tous les programmes de dépenses fiscales.

Réponse du ministère

3.43 *Le ministère est d'accord avec la recommandation dans la mesure où les objectifs du programme sont mesurables et qu'il est possible de les mesurer à un coût raisonnable, comme dans le cas du Crédit d'impôt pour production cinématographique du Nouveau-*

Brunswick. Toutefois, pour certains programmes, il n'est pas facile d'établir des objectifs mesurables et de mesurer le rendement du programme, et donc pas nécessairement rentable. De plus, la plupart des programmes d'impôt sont facilement mesurables à l'aide d'objectifs administratifs, mais les résultats des politiques sont plus difficiles à quantifier. [Traduction.]

Conclusion

3.44 Il n'est pas satisfait au critère. Rien n'oblige à établir des objectifs mesurables pour les programmes de dépenses fiscales, et nous avons constaté que des objectifs mesurables ne sont pas clairement énoncés pour les programmes que nous avons examinés.

Surveillance et évaluation des programmes de dépenses fiscales

3.45 Notre troisième critère est le suivant :

> *Les programmes de dépenses fiscales devraient faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation appropriées.*

3.46 Dans notre détermination des processus de surveillance et d'évaluation en place, nous avons noté ce qui suit :

- Le gouvernement n'a pas défini ce qu'est un programme de dépenses fiscales. Il est nécessaire de définir ce terme afin que les administrateurs, les législateurs et les contribuables comprennent clairement de quoi il s'agit.

- D'habitude, le manque à gagner que représentent les programmes de dépenses fiscales n'est pas établi. Connaître les coûts permanents d'un programme, tant les frais d'administration que l'incidence sur les recettes fiscales, est un facteur important sur le plan de la surveillance et de l'évaluation.

- Il n'y a pas de directives ni de méthodes gouvernementales consignées par écrit qui traitent de la gestion des programmes de dépenses fiscales, en particulier dans les domaines de la surveillance et de l'évaluation.

- Il n'y a pas, au sein du gouvernement ni au sein du ministère des Finances, d'organisme central qui veille à ce que les procédures de surveillance et d'évaluation soient correctement suivies pour tous les programmes de dépenses fiscales. Le ministère des Finances a déclaré qu'il surveille et évalue les programmes de dépenses fiscales dont il est responsable, mais il n'a pas mis en place un programme en bonne et due forme.

Surveillance

3.47 Recevoir régulièrement de l'information sur le rendement offre la possibilité de prendre des mesures lorsque le rendement ne répond pas aux attentes. Pour établir si les programmes font l'objet d'une surveillance adéquate, nous avons posé des questions au sujet de chacun des quatre programmes que nous avons vérifiés par sondages.

La responsabilité de vérifier que les bénéficiaires sont effectivement admissibles au programme est-elle clairement assignée?

3.48 Nous avons constaté que, même s'il n'existe pas de procédures de surveillance par écrit, le personnel affecté à l'exécution des programmes de dépenses fiscales prend des mesures pour s'assurer que les bénéficiaires des programmes y sont toujours admissibles. Ainsi, il y a six fonds distincts aux fins du Crédit d'impôt pour capital de risque de travailleurs. Une personne au ministère des Finances est chargée de s'assurer que chacun des fonds continue à être admissible au programme.

Un examen systématique des progrès réalisés en vue de l'atteinte d'objectifs mesurables est-il effectué?

3.49 Nous n'avons trouvé aucun élément probant montrant que des indicateurs du rendement sont utilisés ou que des rapports sont produits dans le but d'exercer une surveillance efficace des programmes que nous avons examinés. Nous n'avons pas pu déterminer clairement, pour aucun des quatre programmes que nous avons examinés, si la surveillance des programmes aux fins de comparaison des résultats et des objectifs avait été assignée.

3.50 Ainsi, en vertu de la taxe sur l'essence et les carburants, des catégories précises de consommateurs sont exemptées de la taxe sur l'essence et les carburants. Le ministère des Finances administre les exemptions et les remboursements. Or, aucun rapport n'est produit pour mesurer la valeur des exemptions pour chaque catégorie de consommateurs (aquaculteurs, agriculteurs, pêcheurs, producteurs de bois, exploitants de navire, etc.).

Y a-t-il en place un processus qui permet d'estimer le manque à gagner et les frais d'administration du programme et de comparer ces estimations aux résultats réels?

3.51 Des estimations de l'incidence des programmes sur les recettes fiscales de la province étaient établies annuellement pour un seul des quatre programmes. Les frais d'administration ont fait l'objet de prévisions ou de mesures dans seulement un des quatre programmes.

3.52 Dans les quatre cas, le ministère responsable nous a assuré qu'il était en mesure de déterminer le montant réel des recettes auxquelles il est renoncé pour chaque programme de dépenses fiscales, mais ce manque à gagner n'est pas systématiquement calculé. Dans aucun cas n'a-t-on prévu le manque à gagner pour l'année ou comparé le manque à gagner réel avec le manque à gagner prévu.

3.53 Par exemple, Services Nouveau-Brunswick (SNB) est chargé d'administrer le programme de réduction d'évaluation en vertu de la *Loi sur l'impôt foncier*. Un employé de SNB assume les responsabilités du programme à temps partiel. Les frais d'administration du programme ne sont ni prévus ni mesurés. Le montant des recettes auxquelles il est renoncé n'est pas estimé. Le manque à gagner réel n'est pas calculé, alors que les renseignements connus semblent suffisants pour permettre la production de cette information.

Évaluation

3.54 La gestion efficace de tout programme exige entre autres un processus d'évaluation adéquat. Le processus d'évaluation devrait constituer un moyen de veiller à ce que chaque programme de dépenses fiscales continue à avoir un rendement acceptable.

3.55 Le ministère des Finances confirme qu'aucun processus d'évaluation documenté n'est en vigueur pour aucun des programmes de dépenses fiscales qu'il administre. Le ministère a déclaré qu'une évaluation officieuse est effectuée de certains des programmes de dépenses fiscales dont il est chargé.

3.56 Plusieurs questions importantes doivent être posées en rapport avec l'évaluation des programmes du gouvernement, y compris les programmes de dépenses fiscales.

- Le programme vise-t-il à remplir un objectif public important?
- Le programme contribue-t-il effectivement à l'atteinte de ses buts?
- Les avantages sont-ils équitablement répartis parmi ceux qui ont besoin d'aide ou qui méritent de l'aide?
- Le programme est-il bien administré?
- Existe-t-il d'autres programmes qui rendraient ce programme en particulier inutile?
- Le niveau de service offert par le programme est-il satisfaisant?
- Les décisionnaires ont-ils à leur disposition des sources documentaires adéquates sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour évaluer le programme?
- Y a-t-il en vigueur un processus clair de renouvellement du programme?
- Pourquoi le programme est-il maintenu?
- Le rendement du programme est-il acceptable en regard des objectifs?

3.57 Au ministère des Finances, aucun processus d'évaluation documenté des programmes n'était en vigueur. De plus, aucun des quatre programmes que nous avons examinés n'avait fait l'objet d'une évaluation récente. Il s'ensuit que nous n'avons pas tenté de répondre à de telles questions.

Recommandations

3.58 Le gouvernement devrait clairement déterminer les critères qui définissent les programmes de dépenses fiscales.

3.59 Le gouvernement devrait s'engager à suivre un processus régulier de surveillance et d'évaluation des programmes de dépenses fiscales.

Réponse du ministère

3.60 *Le ministère reconnaît que l'établissement de critères visant à définir ce qu'est une dépense fiscale est une première étape nécessaire pour déterminer quels programmes sont de véritables programmes de dépenses fiscales, de façon à ce que les administrateurs, les décisionnaires et le public comprennent clairement de quoi il s'agit. Il n'y a pas de définition commune d'un gouvernement à l'autre, et le gouvernement se doit de déterminer ce qui est important pour le Nouveau-Brunswick.*

3.61 *Différents aspects du régime fiscal sont constamment examinés, y compris les allégements fiscaux. Ces examens sont menés dans l'intention de continuellement améliorer l'équité, la transparence et l'efficience du régime fiscal et de respecter les priorités du gouvernement. La surveillance et l'évaluation continues de tous les programmes d'impôt sont une composante essentielle des travaux entourant les politiques fiscales. Il serait inexact de supposer que les programmes de dépenses fiscales ne font l'objet d'aucune surveillance ni évaluation en raison de l'absence de processus officiels, ou parce que les résultats ne sont pas rendus publics.* [Traduction.]

Conclusion

3.62 Comme il n'y a pas de procédures officielles visant à guider la surveillance et l'évaluation des dépenses fiscales et qu'aucune démarche organisée et cohérente n'est suivie à cet égard, il n'est pas satisfait au critère.

Rapport sur l'efficacité

3.63 Notre quatrième critère était le suivant :

> *L'efficacité des programmes de dépenses fiscales devrait être rendue publique.*

3.64 Un processus redditionnel sain exige, entre autres, un rapport adéquat sur la comparaison des résultats aux buts et aux normes prévus.

3.65 La directive du gouvernement sur les rapports annuels prévoit ce qui suit :

> *Dans la mesure du possible, les ministères et les organismes doivent exposer clairement leurs objectifs généraux et spécifiques ainsi que leurs indicateurs de performance. Le rapport devrait préciser dans quelle mesure les programmes existants demeurent pertinents et si les objectifs ont été atteints. Il devrait également rendre compte de l'accueil que le groupe cible a réservé aux programmes.*

3.66 Nous sommes d'avis que les programmes de dépenses fiscales devraient être soumis aux mêmes exigences en matière de rapport que les autres programmes du gouvernement.

3.67 Notre examen des quatre programmes de dépenses fiscales a révélé que l'efficacité des programmes ne fait l'objet d'aucun rapport

public. Par exemple, le Crédit d'impôt pour capital de risque de travailleurs a été instauré en 1993 pour s'appliquer aux années d'imposition 1993 à 1997. En 1998, la *Loi de l'impôt sur le revenu* a été modifiée pour permettre de prolonger le programme par règlement sur une base annuelle. L'efficacité du programme n'a pas été expliquée publiquement. Il est particulièrement important que les programmes de dépenses fiscales fassent l'objet de rapports publics, puisque l'Assemblée législative n'est pas informée des coûts intégraux de ces programmes aux fins de leur approbation annuelle, contrairement aux dépenses directes. De plus, les résultats ne sont pas publiés dans les comptes publics à la fin de chaque exercice, comme c'est le cas pour les dépenses directes.

Rapport sur les dépenses fiscales à l'extérieur du Nouveau-Brunswick

3.68 Nous avons examiné des pratiques en vigueur ailleurs. Nous avons constaté qu'un certain nombre de gouvernements au Canada ont mis en œuvre des exigences en matière de rapport visant les programmes de dépenses fiscales, mais la plupart se limitent à communiquer des estimations des recettes fiscales auxquelles il est renoncé.

3.69 Ainsi, pour les programmes de dépenses fiscales, la Colombie-Britannique publie des estimations dans la documentation budgétaire sous la forme d'un rapport de dépenses fiscales. En plus de définir les dépenses fiscales et leur rôle, le rapport fournit des estimations du coût de chaque programme de dépenses fiscales. Le rapport porte également sur les critères que la province applique pour décider des éléments du régime fiscal qui devraient être communiqués à titre de dépenses fiscales. Le rapport de 2000 déclare que l'accent est mis sur les réductions, les exemptions et les remboursements de taxes et d'impôts qui se rapprochent de programmes de dépenses. Le rapport ajoute que, par voie de conséquence, la liste ne comprend pas les mesures fiscales mises en place pour répondre aux objectifs généraux des politiques fiscales, telles que les mesures visant à améliorer l'équité du régime fiscal ou à simplifier l'administration de l'impôt ou de la taxe.

3.70 Les gouvernements du Canada et de la Saskatchewan publient des documents qui estiment la valeur des dépenses fiscales individuelles. Aux États-Unis, 37 des 50 États publient des rapports budgétaires sur les dépenses fiscales.

3.71 Notre recherche montre que l'un des gouvernements les plus avancés en matière de gestion des dépenses fiscales est l'État de l'Oregon. En plus d'estimer les dépenses fiscales, l'Oregon produit aussi un rapport d'évaluation sur chaque programme de dépenses fiscales.

3.72 La philosophie de l'Oregon est de gérer les dépenses fiscales d'une manière semblable aux dépenses directes, car les dépenses fiscales offrent des avantages donnés à des particuliers ou à des entreprises bénéficiaires, ce qui donne donc lieu à des taux d'imposition plus élevés pour tous. L'État prépare sur les dépenses fiscales un rapport bisannuel

qui permet au public et aux décisionnaires de déterminer et d'analyser les dépenses fiscales et de prendre périodiquement des décisions fondées sur des critères précis quant au maintien ou non des dépenses fiscales. Le rapport permet de débattre les dépenses fiscales conjointement avec les budgets de dépenses directes. Il en résulte l'élimination des dépenses fiscales inefficaces et non pertinentes et une plus grande reddition de comptes de la part du gouvernement.

Recommandation

3.73 Le gouvernement devrait faire rapport publiquement sur l'efficacité des programmes de dépenses fiscales. Ce rapport devrait observer la directive sur les rapports annuels de la province, en particulier en ce qui concerne la pertinence continue des programmes et l'atteinte du rendement prévu.

Réponse du ministère

3.74 *Le ministère est d'accord avec le principe qui sous-tend la recommandation et estime que celle-ci pourrait s'appliquer aux dépenses fiscales qui se rapprochent le plus de dépenses directes. Toutefois, examiner l'efficacité de tous les programmes de dépenses fiscales et en faire rapport annuellement n'est peut-être pas efficace sur le plan des coûts. Fournir annuellement des estimations et une analyse dans un rapport public nécessiterait des ressources supplémentaires importantes.* [Traduction.]

Conclusion

3.75 Il n'est pas satisfait au critère. L'efficacité des programmes de dépenses fiscales n'est pas rendue publique.

Chapitre 4
Ministère de la Santé et du Mieux-être
Reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins phychiatriques

Contenu

Contexte 71

Étendue 73

Résumé des résultats 74

Reddition de comptes 75

Cibles et normes de rendement 76

Information de nature redditionnelle 83

Évaluation du rendement et mesures correctives 90

Ministère de la Santé et du Mieux-être
Reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques

Contexte

4.1 Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), des études montrent qu'environ 20 % de la population avait eu une maladie mentale au cours de l'année précédente et qu'environ 3 % de la population est atteinte d'une maladie mentale grave qui cause une souffrance profonde et une incapacité persistante. Si on ajoutait à cela les membres de la famille qui doivent assumer une grande partie du fardeau en matière des soins, le pourcentage de personnes touchées par la maladie mentale au Canada doublerait ou même triplerait.[1]

4.2 Toujours selon l'ACSM, les données qui suivent peuvent aussi mettre le taux de prévalence de la maladie mentale en perspective :

- une personne sur huit au Canada peut s'attendre à être hospitalisée en raison d'une maladie mentale au moins une fois au cours de sa vie;
- la maladie mentale vient au second rang des affections qui nécessitent des services hospitaliers parmi les personnes âgées de 20 à 44 ans;
- une récente étude menée auprès d'omnipraticiens du Canada a révélé qu'un quart de leurs patients sont atteints d'une maladie psychiatrique.

4.3 La Division des services de santé mentale (la division) est l'une de cinq divisions au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être (le

---

1. Association canadienne pour la santé mentale. Mémoire présentée à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2001.

ministère). Selon le ministère, le rôle principal de la division est d'assurer un leadership et une reddition de comptes au niveau central en vue de la prestation efficace, efficiente et équitable de tous les services de santé mentale professionnels de la province.

4.4 La division supervise le fonctionnement de 13 centres de santé mentale communautaires (CSMC). Elle administre aussi les conventions de services psychiatriques conclues avec les huit régies régionales de la santé (RRS) dans sept régions, conventions qui visent huit unités de soins psychiatriques, une unité pour enfants et adolescents et deux établissements, soit le Centre hospitalier Restigouche à Campbellton et Centracare à Saint John.

4.5 Le budget de la division pour l'exercice 2002-2003 se chiffrait à 55,3 millions de dollars. À même ce budget, la division finance les activités des CSMC (24,2 millions de dollars) ainsi que, grâce aux conventions de services psychiatriques avec les RRS, les coûts reliés à la prestation clinique des programmes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques (26,5 millions de dollars).

4.6 Les données de l'exercice 2002-2003 concernant le nombre de lits psychiatriques, les taux d'occupation (%) et la durée moyenne du séjour en jours (DMSJ) dans les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques sont les suivantes :

	Nombre de lits	Occupation[3]	DMSJ
Unités de soins psychiatriques pour adultes (hôpitaux régionaux)	191[1]	81 %[2]	15[2]
Centracare (hôpital psychiatrique)	50	97,7 %	3 209
Centre hospitalier Restigouche (hôpital psychiatrique)	150	93,5 %	N/D[4]

Notes : [1] Au total, 191 lits sont approuvés, mais le nombre réel de lits utilisé est 169. La réduction dans le nombre de lits s'explique par les stratégies des RRS visant à réduire le besoin d'hospitalisation tout en conservant les fonds dans l'enveloppe de la santé mentale, par exemple en réorientant des fonds vers le programme des hôpitaux de jour et le placement de personnel infirmier supplémentaire dans les salles d'urgence. Les lits sont fermés uniquement après l'approbation de la division.

[2] Le taux d'occupation et la DMSJ ont été établis à partir des données obtenues de six des huit unités de soins psychiatriques.

[3] Les fonds fournis par la division aux hôpitaux psychiatriques et aux unités de soins psychiatriques sont fondés sur un taux d'occupation de 90 %. Des taux d'occupation de moins de 100 %, tel qu'on l'observe pour les hôpitaux psychiatriques, peuvent s'expliquer par une accumulation de lits vacants durant de très courtes périodes, car tout lit vacant est rempli dès que la personne en tête de la liste d'attente peut être transportée.

[4] Aucune donnée concernant la DMSJ n'a été fournie. L'unité de médecine légale effectue des évaluations psychiatriques de 30 jours ordonnées par les tribunaux, et la majorité des autres unités regroupent des personnes qui s'y trouvent depuis de nombreuses années et des personnes qui s'y trouvent pour des séjours plus courts.

4.7 Depuis 15 ans, le secteur des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick a connu des changements importants. En 1988, un plan de 10 ans visant une réforme du système de santé mentale a été proposé. En 1996, deux ans plus tôt que prévu, le plan était en grande partie réalisé. Le Nouveau-Brunswick est reconnu au Canada pour certaines des pratiques exemplaires qu'il a mises de l'avant dans la réforme des services de santé mentale. Selon le Clark Institute of Psychiatry, les ingrédients clés de réussite sont, notamment, l'établissement et la gestion d'une enveloppe budgétaire intégrée, la régionalisation et l'adoption d'une politique de santé mentale qui favorise la réaffectation des ressources des établissements au milieu communautaire.[1]

4.8 Comme les régions acquièrent un contrôle croissant et que les fonds distribués à l'appui des activités régionales augmentent, il devient de plus en plus important d'avoir en place des mécanismes centraux qui permettent de voir si le gouvernement atteint ses objectifs. À l'heure actuelle, de nombreux services de santé sont gérés par les RRS. Voici quelques exemples : les services de traitement des dépendances, le Programme extra-mural, les services de santé mentale fournis par les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques et tous les services de santé offerts dans les hôpitaux des RRS (soins oncologiques, soins cardiaques, réadaptation, etc.). À cet égard, le ministère a versé aux hôpitaux en 2001-2002 des contributions et des subventions se chiffrant au total à 826,1 millions de dollars, soit 59 % environ de toutes les dépenses du ministère de la Santé et du Mieux-être pour l'exercice. Une structure redditionnelle rigoureuse est essentielle.

4.9 Une telle structure permettrait au ministère d'exercer un contrôle sur la qualité des normes de soins et sur l'uniformité dans les régions. Nous avons décidé de centrer notre vérification sur les processus redditionnels appliqués par le ministère à l'endroit des RRS pour ce qui est du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Nos efforts ont porté sur le secteur de la santé mentale en raison de son importance pour la population du Nouveau-Brunswick et des changements importants qui ont eu lieu dans le secteur depuis une quinzaine d'années.

4.10 Bien que la santé mentale ne représente qu'une composante relativement petite du total des contributions et subventions versées aux RRS par le ministère, nous estimons que les recommandations qui découlent de la présente vérification peuvent s'appliquer à d'autres relations redditionnelles décentralisées auxquelles le ministère est partie.

Étendue

4.11 L'objectif de notre vérification était le suivant :

---

1. Clark Institute of Psychiatry. *Best Practices in Mental Health Reform Discussion Paper*, 1997.

Déterminer si le ministère de la Santé et du Mieux-être a établi des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques qui sont sous la direction des régies régionales de la santé.

4.12 Nous avons élaboré trois critères pour nous aider dans la réalisation de notre vérification. Nous avons discuté de ces critères avec le personnel du ministère et le personnel des RRS pour nous assurer que les critères étaient compris et acceptés. Nos observations dans le chapitre sont organisées autour de ces critères, et nous indiquons en conclusion si le ministère a satisfait à chacun d'eux.

4.13 Notre vérification a consisté dans des entrevues avec des membres du personnel de la Division des services de santé mentale et du personnel de la santé mentale dans trois des sept régions. Ces régions sont responsables des deux hôpitaux psychiatriques et de trois des huit unités de soins psychiatriques pour adultes. Tous les directeurs de la Division des services de santé mentale ont été interviewés, à l'exception de la directrice des Services aux enfants et adolescents. Nous avons exclu de notre vérification l'unité de psychiatrie pour enfants et adolescents de six lits parce qu'elle ne représente que 3 % du total des lits psychiatriques. Nous avons aussi interviewé des membres du personnel de la Direction des services financiers du ministère, la coordonnatrice des Services de défense des malades et le directeur des Services aux adultes handicapés et aux personnes âgées du ministère des Services familiaux et communautaires. Nous avons fait de la recherche et l'examen de documentation. Nous avons aussi fait des contrôles par sondages (touchant les sept régions) à la Division des services de santé mentale. Nous nous sommes servis de toute l'information recueillie pour appuyer les constatations, les conclusions et les recommandations que nous présentons dans le chapitre.

Résumé des résultats

4.14 Nous avons constaté que les cibles de rendement en vigueur ne permettent pas au ministère de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Nous avons aussi constaté que le ministère ne reçoit pas assez d'informations de nature redditionnelle de la part des RRS. Nous avons conclu que le niveau de détail actuel en matière de rapports ne permet pas de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

4.15 La conclusion générale de notre vérification est que le ministère de la Santé et du Mieux-être n'a pas établi des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques qui se trouvent sous la direction des régies régionales de la santé.

4.16 Nous félicitons le ministère pour la reconnaissance que le Nouveau-Brunswick s'est acquise en rapport avec l'emploi de certaines pratiques exemplaires dans la réforme de la santé mentale.

Il a acquis cette reconnaissance en portant davantage attention aux rétroactions sur les processus et à l'information de nature qualitative qu'à l'information de nature quantitative. Nous estimons que la collecte de données et les processus de rapport de la division doivent être améliorés, car ce sont deux éléments importants d'une relation redditionnelle efficace.

4.17 Nous reconnaissons que le système de santé mentale est un système intégré qui comprend les services fournis par les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques et par les centres de santé mentale communautaires. On ne peut mesurer une composante du système sans tenir compte des autres composantes. Bien que notre vérification ait porté sur les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques, le ministère devrait prendre en considération tous les services du système de santé mentale dans la mise en œuvre de nos recommandations.

4.18 La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit les paramètres d'un cadre redditionnel efficace entre le ministère et les RRS. Nous savons que la loi est relativement récente et admettons que des mesures visant la mise en œuvre des dispositions de la loi sont en cours. Les subventions versées aux RRS doivent faire l'objet d'une gestion judicieuse et prudente de la part du ministère afin d'optimiser les ressources investies dans les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Les éléments qui devraient être en place pour la reddition de comptes sont les suivants : des attentes définies axées sur des résultats mesurables, des conventions signées qui énoncent les exigences en matière de rapports pour les RRS et l'engagement du ministère de surveiller les résultats et prendre des mesures correctives lorsque la conformité des RRS aux conventions fait défaut.

Reddition de comptes

4.19 Avant de présenter nos constatations détaillées, il est important de s'attarder sur le terme « reddition de comptes ». Les trois critères de vérification que nous avons retenus sont tous des éléments d'une relation redditionnelle efficace.

4.20 La CCAF-FCVI Inc., une organisation nationale à but non lucratif ayant plus d'une vingtaine d'années d'expérience en recherche dans le domaine de la gouvernance et de la reddition de comptes dans le secteur public, offre la définition suivante :

> *La reddition de comptes s'entend de l'obligation de répondre d'une responsabilité qui a été conférée.* [...] *La reddition de comptes nous contraint à expliquer ou à justifier des actions précises.*[1]

---

1. CCAF/FCVI Inc., *Reddition de comptes, rapports sur la performance et vérification intégrée - Une vue d'ensemble*, 1996.

4.21 Les éléments essentiels d'une relation redditionnelle efficace sont les suivants :

- définir les rôles et les attentes et s'entendre sur ceux-ci;
- choisir des mesures du rendement;
- faire rapport sur les résultats;
- évaluer les résultats et prendre des mesures correctives, le cas échéant.

4.22 Nous traitons des deux premiers éléments en fonction de notre premier critère, et des autres en fonction de nos deuxième et troisième critères respectivement.

Cibles et normes de rendement

4.23 Notre premier critère était le suivant :

Le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait avoir des cibles et des normes de rendement en vigueur pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques.

4.24 La responsabilité des activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques incombe aux RRS. La Division des services de santé mentale finance les coûts reliés à la prestation clinique des programmes tels que l'observation, l'examen, l'évaluation, le soin, le traitement, la réadaptation et le maintien des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Au cours de l'exercice 2001-2002, la division a affecté, à même le budget total consacré à la santé mentale, 26,6 millions de dollars aux RRS pour les coûts cliniques. Le budget de la santé mentale est « protégé », c'est-à-dire que les RRS ne peuvent dépenser ces fonds à d'autres fins que la santé mentale. La division ne finance pas les dépenses relatives aux installations physiques telles que les infrastructures et les services publics, ni les frais de soutien. Ces dépenses sont assumées par la Direction des services hospitaliers de la Division des services en établissements du ministère.

4.25 Compte tenu des sommes importantes que le ministère verse aux RRS et de l'incidence directe de ces fonds sur le bien-être de la population de la province, il est raisonnable de s'attendre à ce que les RRS puissent rendre des comptes de manière claire et organisée.

Attentes en matière de rendement et mesures du rendement

Définir les rôles et les attentes et s'entendre sur ceux-ci

4.26 Une première étape essentielle pour assurer l'efficacité de la relation redditionnelle est de définir les rôles des parties à cette relation, c'est-à-dire les responsabilités respectives de chacune et la manière dont la relation sera gérée. Il est important que les parties s'entendent sur les résultats attendus, qui devraient être clairs, faciles à comprendre et réalistes. L'engagement des parties envers la relation s'en trouve renforcé, et les parties peuvent être tenues responsables de leurs obligations.

4.27 Il convient de souligner l'importance d'avoir des attentes réalistes pour assurer une relation redditionnelle efficace. Si l'équilibre entre les attentes et les ressources disponibles n'est pas raisonnable, l'efficacité de la relation s'en trouve affaiblie. Les attentes qui sont perçues comme déraisonnables ou impossible à remplir avec les ressources et la capacité dont on dispose ne seront pas prises au sérieux. En revanche, répondre à des attentes au moyen de ressources qui sont plus que suffisantes n'est à l'honneur de personne; cela devrait exiger un certain effort.

4.28 Dans les paragraphes qui suivent au sujet du premier critère, des renvois sont faits à l'étude de McEwan et Goldner intitulée *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale - Trousse d'évaluation*, commandée par le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial. L'objectif de cette trousse est de fournir aux responsables provinciaux et territoriaux des indicateurs de rendement pertinents visant à faciliter la reddition de comptes et l'évaluation continues des services de soins et de soutien en santé mentale. Les membres du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial ont joué un rôle de premier plan dans la direction du projet pour en assurer la pertinence pour les gouvernements, les régies régionales de la santé et les gestionnaires de programmes de santé mentale soucieux de surveiller le rendement. L'ensemble des provinces et des territoires a participé à l'étude.

4.29 Les attentes en matière de rendement peuvent prendre la forme de cibles et de normes. McEwan et Goldner définissent les cibles comme des engagements pris à l'égard d'un certain niveau de rendement. Ils ajoutent que les cibles devraient être choisies en fonction des renseignements sur le rendement antérieur, des comparaisons de rendement avec d'autres organisations nationales ou internationales et de l'apport des intervenants, et qu'il faut encourager l'organisation à viser la plus haute qualité possible.

4.30 Les normes servent de base aux comparaisons ou de point de référence à l'encontre duquel le rendement peut être évalué. Les modèles peuvent servir de normes. McEwan et Goldner soulignent que le concept de modèle établi porte sur la détermination de pratiques ou de rendement exemplaires dans un certain domaine, puis de leur utilisation comme norme pour comparer le rendement obtenu par un système donné.

Choix des mesures du rendement

4.31 Une fois que les attentes sont établies et convenues par toutes les parties, celles-ci devraient alors choisir des mesures du rendement sur lesquelles elles s'entendent. Le rendement réel est comparé aux attentes en matière de rendement de façon à déterminer si le rendement atteint est satisfaisant.

4.32 Les indicateurs du rendement sont un type de mesure du rendement. McEwan et Goldner soutiennent que les indicateurs du rendement sont des mesures ou des données qui permettent de quantifier les progrès réalisés à l'égard des buts et des objectifs. Ils ajoutent que, idéalement, les indicateurs devraient être comparés à des cibles de rendement ou à des modèles établis.

4.33 McEwan et Goldner ont constaté que la majorité des autorités administratives n'effectuent que des activités de surveillance du rendement portant sur les intrants et les processus plutôt que sur les résultats lorsqu'elles mesurent les activités et en font rapport. Ils ajoutent que les données les plus souvent utilisées et communiquées au niveau politique sont les sommes dépensées et le nombre de lits que ces sommes achètent. Ils estiment que plus d'argent n'apporte pas nécessairement plus de services ou de meilleurs services et qu'une analyse des dépenses en soi ne renseigne pas sur le volume et la qualité des services fournis ni sur les résultats obtenus.

4.34 McEwan et Goldner définissent les indicateurs en termes d'intrants, de processus et de résultats :

> *Intrants*
>
> *Les intrants sont les ressources consacrées aux soins en santé mentale et touchent donc les caractéristiques structurelles ou organisationnelles d'un système ou milieu. Les intrants sont souvent quantifiés en argent, en effectif (nombre et qualités), en installations et autres.*
>
> *Processus*
>
> *Activités clés d'un service ou système de prestation de soins à des personnes atteintes de maladie mentale. Les mesures de processus les plus souvent employées sont les points de contact des services, c'est-à-dire le nombre d'usagers, de visites, d'admissions et autres.*
>
> *Résultats*
>
> *Considérés par plusieurs comme les indicateurs les plus importants et pourtant les plus complexes et difficiles à mesurer. Les résultats reflètent l'ensemble des contributions de ceux qui financent, planifient et offrent des services aux usagers et à leurs familles ainsi que l'apport de ces derniers.*

4.35 McEwan et Goldner estiment que, idéalement, un bon raisonnement de politique devrait lier les intrants, les processus et les résultats et que produire des rapports portant sur des indicateurs d'une seule catégorie ne donne qu'une image incomplète et même trompeuse. Voici des exemples d'indicateurs de santé mentale axés sur les résultats,

tirés de la trousse d'évaluation de McEwan et Goldner, pour les personnes servies par les programmes de santé mentale de la province :

- satisfaction des usagers et de leurs familles – satisfaction à l'égard du niveau de services reçu;
- qualité de vie – sentiment général d'accomplissement, de but dans la vie, satisfaction générale envers la vie;
- degré d'autonomie – administrer son argent, assurer ses soins personnels et soigner son apparence, utiliser des compétences telles que faire l'épicerie et utiliser les transports publics, entretenir un domicile;
- situation professionnelle - participer à des activités de jour valorisantes comme le bénévolat, conserver un emploi;
- situation en matière de logement – vivre dans un logement adéquat de manière autonome ou encadrée;
- situation financière – gagner un revenu suffisant, recevoir des prestations d'invalidité;
- état de santé – réduction des symptômes cliniques, de la détresse afférente et de l'incidence de la maladie sur la vie quotidienne.

4.36 Mesurer des indicateurs axés sur les résultats et faire rapport sur ceux-ci permettra de mieux déterminer si les services fournis répondent aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale.

Constatations de la vérification – Cibles et normes de rendement

4.37 Les normes de rendement que le ministère a mises en place pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques comprennent des normes d'agrément et des normes de soins provinciales. La seule cible de rendement en vigueur est la comparaison avec le budget financier. Le ministère ne s'appuie sur aucune cible de rendement axée sur les résultats pour mesurer le rendement. La nouvelle *Loi sur les régies régionales de la santé* confère au ministère le pouvoir d'établir un système de mesure du rendement fondé sur les résultats, mais le travail n'est pas encore achevé.

Normes d'agrément et normes provinciales

4.38 Les RRS sont chargées de mettre en œuvre des normes de soins conformes aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé et aux normes de soins provinciales.

4.39 Bien que l'agrément ne soit pas obligatoire, toutes les RRS (les anciennes corporations hospitalières régionales) de la province sont agréées aux trois ans. Le processus d'agrément comprend une composante distincte pour la santé mentale. Selon les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé, les normes de santé mentale

permettent à une organisation d'examiner et d'évaluer ses activités dans les domaines de la prévision, de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services à une population qui obtient des services de santé mentale dans un établissement ou un centre. Les normes sont réparties en neuf sections : être une organisation d'apprentissage, atteindre le mieux-être, être sensible aux besoins, répondre aux besoins, responsabiliser les clients, établir des objectifs, fournir des services, obtenir des résultats positifs et maintenir la continuité. Les normes d'agrément comprennent des normes qui sont axées sur les résultats (satisfaction de la clientèle, nombre de plaintes, atteinte ou non par les clients des objectifs établis et des résultats escomptés, etc.).

4.40 Dans le cadre du processus d'agrément, au sein de chaque RRS, une équipe ayant des responsabilités en matière de santé mentale fait une autoévaluation de la conformité de la RRS aux normes de santé mentale. Une équipe indépendante, regroupant des personnes qualifiées de partout au Canada, effectue aussi une évaluation de la RRS en regard des mêmes normes en se servant des renseignements obtenus au moyen d'entrevues, de rencontres et d'examens de la documentation. Des recommandations sont ensuite formulées afin que des améliorations puissent être apportées.

4.41 Les résultats de l'agrément ne sont pas présentés à la division, à moins qu'une demande soit faite en ce sens. Bien que la division accorde une grande confiance au processus d'agrément, elle ne prend pas connaissance des résultats du processus pour s'assurer que toutes les régions obtiennent des résultats positifs pour toutes les normes.

4.42 Les normes provinciales visant les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques sont énoncées dans le chapitre XII des Normes hospitalières du Nouveau-Brunswick, qui s'intitule « Normes hospitalières des services psychiatriques » (1998). Le document explique que les normes provinciales visent à renseigner sur les normes hospitalières qui favorisent des soins de qualité à l'intention des gens de la province. Les normes provinciales ont été élaborées à titre de lignes directrices et sont considérées comme un complément aux normes d'agrément. Le ministère n'a aucun moyen officiel de vérifier si les RRS respectent les normes provinciales et si les résultats voulus, par exemple la qualité de vie ou les capacités fonctionnelles, sont atteints; il se fie plutôt au processus d'agrément, à des renseignements de nature qualitative et à une communication ouverte avec les RRS.

Budget annuel

4.43 La cible financière établie pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques est le budget annuel. Tous les trimestres, la division compare les budgets aux résultats réels. Un budget est une cible fondée sur les intrants et, en soi, il ne donne aucune indication sur le volume ou la qualité de services fournis.

Autorité pour l'établissement des cibles et des normes de rendement

4.44 La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui est entrée en vigueur le 1er avril 2002, comprend des dispositions qui établissent une structure redditionnelle entre le ministère et les RRS. L'autorité conférée au ministre pour l'établissement de cibles et de normes de rendement est aussi prévue dans la loi.

4.45 Le paragraphe 7(1) de la loi précise que le ministre doit établir un cadre de responsabilités qui décrit le rôle du ministre, d'autres ministres du gouvernement et des régies régionales de la santé et stipule les responsabilités de chacun d'eux à l'égard des autres dans le système provincial de la santé.

4.46 Le paragraphe 9 de la loi confère au ministre le pouvoir d'établir des cibles (objectifs) de rendement pour les régies régionales de la santé. La loi précise ceci :

> *Le Ministre peut établir des objectifs de rendement pour une régie régionale de la santé*
>
> *a) relativement à son développement en tant qu'organisation,*
>
> *b) relativement à sa gestion financière,*
>
> *c) pour assurer l'accès aux services de santé qu'elle fournit,*
>
> *d) pour atteindre des résultats satisfaisants pour les malades,*
>
> *e) relativement au niveau de satisfaction des malades à l'égard des services fournis par la régie régionale de la santé, et*
>
> *f) relativement à toutes autres questions prescrites par règlement.*

4.47 Nous avons été heureux de voir les dispositions d) et e) mentionnées ci-dessus. Ces dispositions pourraient aider le ministère à évaluer si les besoins des personnes atteintes de maladie mentale sont satisfaits. Selon McEwan et Goldner, les résultats médicaux et non médicaux qui découlent des soins offerts aux personnes atteintes de maladie mentale grave s'inscrivent dans le concept de la qualité de vie. Ils déclarent que les usagers voient la qualité de vie comme étant la capacité de réussir ou d'obtenir ce que les autres tiennent pour acquis comme le logement, le soutien social, des activités valorisantes et des conditions de vie adéquates. Ils ajoutent que la satisfaction des usagers indique dans quelle mesure les services de soins et de soutien répondent aux besoins des usagers et de leurs familles et constitue une dimension importante de la qualité des services.

4.48 La nouvelle loi donne au ministère l'autorité d'établir pour les RRS un système de mesure du rendement fondé sur les résultats. La loi est en vigueur depuis un peu plus d'un an. On nous a informés que le

plan provincial de la santé, les plans régionaux de la santé et d'affaires et le cadre de responsabilités, exigés par la loi, ne sont pas encore en place. Les plans régionaux de la santé et d'affaires et le cadre de responsabilités découlent du plan provincial de la santé, qui est actuellement à l'étape d'ébauche.

Recommandation

4.49 Nous avons recommandé au ministère d'élaborer des cibles de rendement, axées sur les résultats, auxquelles peuvent être comparées les activités de tous les hôpitaux psychiatriques et de toutes les unités de soins psychiatriques.

Exemples des avantages des cibles de rendement

4.50 Deux situations qui auraient pu facilement être repérées et faire l'objet de mesures appropriées au moyen de cibles de rendement ont été portées à notre attention au cours de notre vérification.

Pénurie de logements communautaires

4.51 Au cours de notre travail de vérification, nous avons constaté qu'il existe un besoin urgent de logements communautaires convenables pour les personnes atteintes de maladie mentale au Nouveau-Brunswick. Certains patients qui occupent un lit dans une unité de soins psychiatriques ont reçu leur congé médical, tandis que des patients dans les hôpitaux psychiatriques ont terminé leur programme de réadaptation. Selon les chefs des services de psychiatrie de toutes les régions de santé du Nouveau-Brunswick, ces patients devraient tous être transférés dans la collectivité, mais il n'y a très peu sinon aucune possibilité de placement en milieu communautaire. Héberger ces personnes dans un lit d'hôpital empêche l'accès aux programmes et aux services par d'autres qui en ont besoin. Nous avons appris que le problème dure depuis environ deux ans.

4.52 En décembre 2002, on comptait 40 patients dans les hôpitaux psychiatriques et 10 patients dans les unités de soins psychiatriques qui attendaient un placement communautaire. Donc, 20 % des lits des hôpitaux psychiatriques étaient occupés par des patients qui devraient être placés en milieu communautaire. Le ministère nous a dit que la durée moyenne du séjour à l'unité de réadaptation active de Centracare devrait être d'environ 6 à 18 mois, mais il n'est pas rare qu'elle atteigne cinq ans en raison du problème de logement.

4.53 La personne qui se trouve dans un hôpital psychiatrique ou une unité de soins psychiatriques est la responsabilité de la RRS. La personne qui est soignée dans un centre de santé mentale communautaire (CSMC) est la responsabilité de la division. Lorsque la personne est placée dans une résidence communautaire, sa responsabilité devient alors celle du ministère des Services familiaux et communautaires.

4.54 Le ministère de la Santé et du Mieux-être est tout à fait conscient de la pénurie de logements communautaires, car la division est régulièrement en contact avec les RRS concernant leurs questions et leurs problèmes en matière de santé mentale.

4.55 Avec des cibles de rendement et un rapport public des résultats, la nécessité de résoudre ce problème aurait pu être mise en lumière. Par exemple, une cible pourrait être le congé des patients dans un délai moyen établi en nombre de jours. Si les patients demeurent à l'hôpital plus longtemps que le nombre de jours ciblé, cela pourrait signaler un problème tel qu'une insuffisance de placements communautaires. Avoir des cibles de rendement et faire rapport sur ces cibles pourraient mettre en lumière des problèmes tels que ceux-ci. Des rapports du genre pourraient aussi contribuer à mettre en lumière et à résoudre les problèmes relatifs à des programmes qui relèvent de plusieurs ministères.

Services de défense des malades

4.56 L'examen des statistiques sur l'utilisation des Services de défense des malades dans le rapport annuel de 2001-2002 montre que deux régions ont un nombre élevé de cas renvoyés au défenseur des malades par rapport aux autres régions de taille comparable dans la province. Le rôle du défenseur des malades est d'informer de leurs droits les patients qui reçoivent des traitements involontaires, de les représenter aux audiences des tribunaux ou des comités d'examen et de veiller à ce que la *Loi sur la santé mentale* soit appliquée comme il se doit. La Région 1 (Moncton) a eu 400 cas et la Région 6 (Bathurst) a eu 299 cas, tandis que la Région 2 (Saint John) a eu seulement 139 cas et la Région 3 (Fredericton) a eu 129 cas. Le rapport annuel note que ces chiffres méritent une attention et une analyse plus poussées de la part du ministère. Le rapport annuel de l'exercice précédent contient la même observation, mais la question n'a encore fait l'objet d'aucune réponse.

4.57 Un système de mesure du rendement qui intègre l'emploi de cibles produirait de tels renseignements de manière fiable et soulignerait les points qui nécessitent des mesures. Le nombre de cas par région devrait être calculé en fonction du nombre d'habitants afin de permettre les comparaisons d'une région à l'autre et à une cible provinciale.

Conclusion

4.58 Il est partiellement satisfait au critère. Une cible a été relevée, soit la comparaison au budget financier, mais celle-ci ne fournit pas d'information sur les résultats obtenus. Des normes sur le rendement existent sous la forme de normes de soins provinciales et de normes d'agrément. Bien que les normes de soins provinciales et les normes d'agrément aient une incidence directe sur les soins aux clients, le ministère n'a pas établi de processus d'examen lui permettant de s'assurer que les résultats escomptés ont été atteints dans toutes les régions. La nouvelle *Loi sur les régies régionales de la santé* confère au ministère le pouvoir d'établir un système de mesure du rendement, mais le travail à cet égard n'est pas terminé. La cible unique actuelle ne suffit pas pour permettre au ministère de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

Information de nature redditionnelle

4.59 Notre deuxième critère était le suivant :

Le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait recevoir des régies régionales de la santé suffisamment d'information de nature redditionnelle pour lui permettre d'évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

Rapports sur les résultats

4.60 La production de rapports sur les résultats est la troisième étape d'une relation redditionnelle efficace. Toutes les parties à la relation redditionnelle doivent comprendre quelles informations doivent être communiquées, par qui, à qui et quand. Dans ce cas-ci, les deux principales relations mettent en jeu le ministère et les RRS d'une part, et les RRS et les hôpitaux psychiatriques et unités de soins psychiatriques d'autre part.

4.61 Les RRS devraient faire rapport d'une manière qui permet les comparaisons entre les résultats réels et les attentes sur lesquelles il a été convenu, de façon à ce que le ministère puisse déterminer si le rendement atteint est satisfaisant. Mesurer des indicateurs fondés sur les résultats, à l'exemple de ceux énumérés précédemment, et en faire rapport donnerait au ministère une idée du degré auquel les besoins des personnes atteintes de maladie mentale sont satisfaits. De plus, il serait utile pour le ministère de recevoir des explications sur les lacunes dans le rendement et les raisons pour lesquelles ces lacunes existent.

Exigences actuelles en matière de rapports redditionnels

4.62 Au cours de notre vérification, nous avons appris que des normes provinciales existent pour l'amélioration de la qualité, la gestion des risques et les activités de gestion de l'utilisation des hôpitaux qui offrent des services psychiatriques. Il existe également une norme exigeant un système de rapport pour de telles activités, norme qui prévoit la présentation de rapports aux divisions, sections et ministères appropriés.

4.63 Nous avons pris connaissance avec plaisir de l'existence de ces normes, en particulier la norme qui a trait à la surveillance et à l'évaluation de la qualité et des résultats des soins et des services psychiatriques et la norme qui traite des exigences connexes en matière de rapports. Nous avons toutefois été surpris de constater que le ministère ne fait pas respecter les exigences en matière de rapports énoncées dans les normes de soins provinciales.

4.64 Au cours de notre vérification, nous avons trouvé une abondance de renseignements sur le rendement qui sont produits au niveau régional, mais qui ne sont pas présentés au ministère, notamment des indicateurs du rendement, des rapports sur l'amélioration de la qualité, des rapports trimestriels remis aux conseils, les résultats d'agrément et des rapports annuels sur les services de santé mentale. Les conseils d'administration des RRS se servent de cette information pour faire l'examen du rendement. Il n'a pas été demandé aux RRS de présenter l'information sur le rendement à la division, mais certaines le font quand même.

4.65 Le ministère a conclu avec les RRS des conventions de services psychiatriques qui comprennent des exigences en matière de rapports redditionnels. Il est exigé entre autres que les RRS mettent en œuvre des normes de soins conformes aux normes provinciales.

Recommandation

4.66 Nous avons recommandé que le ministère veille à ce que les exigences en matière de rapports énoncées dans les conventions de services psychiatriques soient suivies, de sorte qu'il reçoive des rapports adéquats sur la qualité et les résultats des soins et des services psychiatriques, comme l'exigent les normes de soins provinciales.

4.67 En plus d'exiger que les RRS mettent en œuvre des normes de soins conformes aux normes provinciales, les conventions contiennent quatre autres exigences en matière de rapports redditionnels. La conformité à ces exigences n'est pas imposée, et les exigences sont insuffisantes pour permettre de mesurer le rendement. Bien que les quatre autres exigences en matière de rapports ne soient pas ce que nous nous serions attendus à trouver pour assurer une bonne reddition de comptes, nous allons les traiter en détail et formuler des recommandations visant leur amélioration. Les exigences sont les suivantes :

- Les régies régionales de la santé sont tenues de présenter chaque mois des états financiers et des renseignements statistiques à la Division des services de santé mentale au plus tard 30 jours suivant la fin du mois visé par l'information. La communication de l'information financière et statistique doit porter uniquement sur les coûts reliés à la prestation clinique des programmes financés par la division.

- Des rapports d'utilisation trimestriels doivent être présentés à la division.

- À leur achèvement, les rapports de l'examen interne après un suicide doivent être acheminés au sous-ministre adjoint de la Division des services de santé mentale.

- Les exigences en matière de rapports énoncées dans la lettre budgétaire du ministre de la Santé et du Mieux-être doivent être suivies (une nouvelle lettre budgétaire est rédigée chaque année). La lettre budgétaire du ministre comprend les exigences suivantes en matière de rapports :

  a) Les états financiers et les statistiques doivent être présentés aux Services hospitaliers au plus tard 30 jours suivant la fin du mois visé par l'information.

  b) Les données financières et statistiques doivent être envoyées au moyen du SIGFUH (Système d'information de gestion financière et

d'utilisation hospitalière) 30 jours suivant la fin du trimestre visé par l'information.

Conformité des RRS aux exigences actuelles en matière de rapports

États financiers

4.68 En 2002-2003, seulement quatre des huit RRS ont présenté à la division les états financiers relatifs à leur hôpital psychiatrique et à leurs unités de soins psychiatriques. Trois de ces quatre RRS ont présenté des états trimestriels, tandis qu'une RRS a présenté des états mensuels. La plupart des états sont reçus plus de 30 jours suivant la fin du trimestre. Il s'ensuit que seulement une RRS sur huit envoie des rapports mensuels, comme il est exigé.

4.69 Une des RRS qui ne présente pas d'états financiers à la division a surpris celle-ci en février 2003 en l'informant d'un déficit important. Or, lors d'un appel à la RRS le mois précédent, il n'avait pas été question de ce déficit. Voilà qui montre combien il est risqué pour les RRS de ne pas fournir l'information financière exigée.

Recommandation

4.70 Nous avons recommandé que le ministère veille à ce que les RRS présentent les états financiers à la division, conformément à ce qui est établi dans la convention de services psychiatriques en ce qui concerne la fréquence et les délais.

4.71 Nous avons aussi constaté que les états financiers montrent les coûts reliés à la prestation clinique des programmes, comme il est exigé, mais que ces états ne suivent pas tous le même modèle. Sur les quatre RRS qui présentent régulièrement des états financiers à la division, trois ventilent les coûts en fonction du type de coût, et une communique uniquement le total des coûts. Cette situation rend la comparaison des états financiers difficile.

Recommandation

4.72 Pour améliorer la comparabilité, nous avons recommandé que le ministère mette au point un modèle commun pour la présentation des états financiers à la division par les RRS.

4.73 Par ailleurs, chaque trimestre, les RRS envoient au ministère par voie électronique des données financières et statistiques qui sont chargées dans le Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFUH). Une base de données dans le SIGFUH contient les données financières et statistiques des RRS. Certaines RRS estiment que la division devrait avoir accès au SIGFUH, car il contient des données financières et statistiques détaillées concernant les RRS. Or, personne à la division n'a reçu l'accès au SIGFUH.

4.74 Si le ministère produisait des rapports directement à partir du SIGFUH, cela pourrait éventuellement mener à l'élimination des inefficacités, des inconvénients et de la répétition des efforts associés à la présentation par les RRS d'exemplaires multiples d'états financiers manuels suivant différents modèles à différentes directions du ministère. Les utilisateurs des états financiers au ministère pourraient avoir accès à

de l'information financière à jour et exacte, ce qui minimiserait la probabilité d'imprévus.

Recommandation

4.75 Nous avons recommandé que le ministère examine la possibilité de mettre le SIGFUH à jour tous les mois et ait recours au système pour obtenir les états financiers mensuels exigés des RRS.

Rapports et statistiques sur l'utilisation

4.76 Les rapports d'utilisation visant les unités de soins psychiatriques sont des formulaires à remplir à la main, que les RRS envoient à la division aux trimestres pour l'informer d'éléments tels que les admissions, les congés, les taux d'occupation, la durée moyenne du séjour, le nombre de patients, le nombre total de jours d'hospitalisation et les réadmissions. La division a mis au point un formulaire commun à cet égard. Le formulaire ne contient aucune cible ni norme à des fins de comparaison. Des cadres supérieurs nous ont dit ces rapports ne sont pas très informatifs en soi. Ils fournissent de l'information sur les extrants ou les processus, et non sur les résultats.

4.77 Alors que six des huit unités de soins psychiatriques ont présenté leurs rapports d'utilisation trimestriels durant l'exercice 2001-2002, seulement quatre l'ont fait en 2002-2003, dont trois dans les délais prévus. Le personnel d'une unité de soins psychiatriques qui ne présente pas de rapport d'utilisation nous a dit qu'on ne lui avait pas demandé de rapport depuis l'été 2002. La raison invoquée est que le modèle de la division ne coïncide pas avec le modèle de l'unité de soins psychiatriques. Une autre unité de soins psychiatriques a dit avoir présenté ses rapports, mais rien à la division n'indique qu'elle les a reçus.

4.78 Les rapports d'utilisation visant les hôpitaux psychiatriques sont aussi des formulaires manuels. Nous avons noté que le formulaire demande la présentation des rapports d'utilisation sur une base mensuelle, tandis que la convention de services psychiatriques demande qu'ils soient présentés aux trimestres. Le rapport contient des renseignements tels que l'utilisation des lits par unité, les admissions, les réadmissions, les décès et les congés. À l'instar des rapports visant les unités de soins psychiatriques, un formulaire commun a été élaboré, mais ce formulaire n'intègre pas de cibles ni de normes pouvant servir à des fins de comparaison.

4.79 Les deux hôpitaux psychiatriques remettent assidûment leurs rapports d'utilisation à la division tous les mois et dans les délais exigés, même si ce n'était pas le cas pour l'un des hôpitaux avant février 2002.

Recommandation

4.80 Nous avons recommandé que le ministère veille à ce que les RRS présentent les rapports sur l'utilisation et les rapports statistiques conformément aux exigences de la convention de services psychiatriques.

4.81 Même si le SIGFUH contient des statistiques relatives aux services de santé mentale, on nous a informés que la division n'a pas accès à ces statistiques et qu'elle ne connaît pas toutes les capacités statistiques du SIGFUH. Il serait important de savoir si le SIGFUH contient toutes les statistiques relatives aux services de santé mentale exigées par la division et par les Services hospitaliers.

4.82 L'utilisation du système pourrait éliminer les inefficacités et la répétition des efforts qui découlent de la préparation et de l'envoi par les RRS de rapports d'utilisation et de rapports statistiques manuels à plus d'une direction du ministère, de même que les inefficacités venant de ce que le personnel de la division doive entrer l'information tirée des rapports manuels dans le système de la division.

Recommandation

4.83 Pour éliminer la nécessité pour les régions d'avoir à présenter au ministère des rapports d'utilisation et des rapports statistiques manuels, nous avons recommandé que le ministère détermine si le SIGFUH contient les statistiques relatives aux services de santé mentale qui répondraient aux besoins en matière de rapports statistiques de la Division des services de santé mentale et des Services hospitaliers.

Rapports de l'examen interne après un suicide

4.84 La convention de services psychiatriques précise que les rapports de l'examen interne après un suicide doivent être acheminés au sous-ministre adjoint de la Division des services de santé mentale une fois qu'ils sont prêts.

4.85 On nous a informés que les seuls rapports de l'examen interne après suicide qui sont envoyés au ministère sont ceux que préparent les CSMC. Lorsqu'un suicide a lieu dans un hôpital psychiatrique ou une unité de soins psychiatriques, le gestionnaire de l'unité en informe le ministère par téléphone, et la RRS fait un examen. On nous a dit que, si le ministère veut recevoir des copies des rapports de l'examen interne après un suicide, les RRS doivent se conformer à la demande. Étant donné leur nature personnelle et confidentielle, ces rapports ne sont pas conservés au ministère. Les exemplaires envoyés au ministère sont détruits une fois que le ministère n'a plus besoin du rapport. Parmi les trois régions que nous avons visitées dans le cadre de notre vérification, des suicides avaient eu lieu dans une seule de ces régions au cours des six dernières années.

Recommandation

4.86 Nous avons recommandé que le ministère veille à ce que les modalités en place pour la remise des rapports de l'examen interne après un suicide des RRS à la division respectent la convention de services psychiatriques.

Autres points ayant trait aux rapports redditionnels

Suffisance des exigences actuelles en matière de rapports redditionnels

4.87 Le financement devrait être lié au rendement. On devrait attendre des RRS qu'elles montrent comment leur rendement réel se compare aux résultats attendus. Les RRS ont l'obligation de communiquer les résultats financiers et autres résultats qu'elles ont obtenus en rapport avec les pouvoirs qui leur sont conférés et les fonds publics qui leur ont été confiés.

4.88 Comme il est noté précédemment, les rapports redditionnels que les RRS remettent au ministère sont insuffisants pour permettre de mesurer le rendement. Nous sommes d'avis que le ministère devrait recevoir des RRS des rapports redditionnels de meilleure qualité. Par renseignements suffisants, on entend, par exemple, la communication du rendement réel par rapport à des cibles et à des normes préétablies, ce qui comprendrait la mesure d'indicateurs du rendement, ainsi que de l'information sur l'amélioration de la qualité, la gestion des risques et les activités de gestion de l'utilisation, comme il est noté dans les normes provinciales sur les soins. La convention de services psychiatriques pourrait constituer un outil utile pour établir des attentes mutuellement acceptables et comprises et pour déterminer et préciser les exigences en matière de rapports redditionnels.

Recommandations

4.89 Nous avons recommandé que le ministère améliore les exigences en matière de rapports redditionnels des RRS afin d'être en mesure de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

4.90 Nous avons recommandé que le ministère envisage de se servir de la convention de services psychiatriques comme moyen de déterminer et de faire respecter des exigences améliorées en matière de rapports redditionnels.

Accord sur les attentes en matière de rendement

4.91 On peut lire dans le *Règlement général* afférent à la *Loi sur la santé mentale* que : « L'administrateur d'un établissement psychiatrique doit fournir au ministère les comptes rendus, rapports et renseignements que le Ministre estime nécessaires. » La loi exige que les RRS respectent les exigences du ministre en matière de rapports.

4.92 La signature de la convention de services psychiatriques est l'étape qui relie les exigences législatives aux RRS. Seule la division signe la convention de services psychiatriques. Il est important que toutes les parties s'entendent sur les attentes. Faire signer la convention par les RRS aussi est une pratique administrative saine.

Recommandation

4.93 Nous avons recommandé que chaque convention de services psychiatriques soit signée par la division et par la RRS afin d'assurer un accord mutuel sur les attentes et une bonne compréhension de celles-ci.

Conclusion

4.94 Il n'est pas satisfait au critère. Les exigences en matière de rapports redditionnels que le ministère a établies pour les RRS ne suffisent pas pour permettre au ministère de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. La seule exigence en matière de rapports a trait à la présentation d'états financiers et de rapports d'utilisation. Les rapports sur les résultats financiers et le rendement opérationnel ne sont pas systématiquement reliés et les informations détaillées dont on a besoin pour effectuer une telle comparaison ne sont pas fournies à l'heure actuelle. Il n'est pas attendu des RRS qu'elles montrent comment le rendement actuel se compare aux attentes, à l'exception de la comparaison du budget aux résultats réels.

Évaluation du rendement et mesures correctives

4.95 Notre troisième critère est le suivant :

Le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques et, le cas échéant, prendre des mesures correctives.

Évaluer les résultats et prendre des mesures correctives

4.96 Évaluer les résultats et prendre des mesures correctives constitue la quatrième étape d'une relation redditionnelle efficace. Une reddition de comptes efficace exige non seulement un rapport sur le rendement, mais aussi une évaluation du rendement et la prise de mesures correctives appropriées lorsqu'il y a lieu.

4.97 L'évaluation du rendement implique la comparaison du rendement réel avec les attentes sur lesquelles il a été convenu. Le recours à des indicateurs du rendement permet de comparer les résultats avec des cibles, des normes ou des modèles établis. Les réalisations aussi bien que les échecs devraient être reconnus, et des rétroactions sur le rendement devraient être transmises aux personnes responsables du rendement. L'évaluation du rendement fait partie intégrante du processus redditionnel, car elle offre un moyen continu de déterminer si les niveaux de rendement atteints sont satisfaisants.

4.98 Les mesures correctives sont le moyen de traiter et de corriger un rendement insatisfaisant. Il pourrait s'agir, par exemple, de modifier des attentes irréalistes ou simplistes en matière de rendement, d'apporter des ajustements appropriés aux programmes et de déterminer des conséquences appropriées pour les personnes responsables du rendement (qui peuvent faire appel à des récompenses ou à des pénalités). Pour que l'on puisse demander des comptes aux personnes responsables, il est nécessaire d'avoir des rapports, des évaluations et des ajustements efficaces.

Processus d'évaluation du ministère

4.99 Selon le ministère, les responsabilités de la division, en ce qui a trait au rendement des CSMC, des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques, sont les suivantes :

- définir les priorités relatives à l'élaboration et à la mise en œuvre de services conformément à la politique provinciale en matière de santé mentale;
- définir les programmes de base et les normes de services et en assurer la mise en œuvre;
- définir et surveiller les résultats escomptés pour tous les niveaux de services;
- veiller à la pleine mise en œuvre des exigences de la *Loi sur la santé mentale* et de la *Loi sur les services à la santé mentale;*
- affecter des ressources financières et humaines et surveiller l'usage de ces ressources;
- assurer une gestion directe des centres de santé mentale communautaires et veiller à la bonne exécution des conventions de services psychiatriques conclues avec les RRS pour les services aux malades hospitalisés (unités de soins psychiatriques et hôpitaux psychiatriques).

4.100 Bien que les responsabilités susmentionnées aient été assignées, le ministère n'a pas de processus d'évaluation officiel pour le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Comme nous l'avons déjà noté, l'information redditionnelle dont il est fait rapport au ministère sur le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques n'est pas suffisante. Il s'ensuit qu'on ne peut faire une évaluation adéquate du rendement. Dans la présente section, nous décrivons les processus actuels de gestion et d'évaluation du rendement du ministère pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques ainsi que les outils utilisés pour l'évaluation du rendement.

Processus de gestion actuels

4.101 Le système de santé mentale du Nouveau-Brunswick est reconnu partout au Canada pour certaines des pratiques exemplaires qu'il a mises de l'avant dans la réforme des services de santé mentale. Il s'est acquis cette reconnaissance en employant le même style de gestion ou un style de gestion semblable à celui en vigueur aujourd'hui. Dans le cadre de la réforme, la division s'est largement appuyée sur des informations qualitatives plutôt que sur des informations quantitatives. Même si elle reconnaît l'importance des deux, la division a accordé plus d'attention aux processus et a moins poussé la collecte de données et la production de rapports.

4.102 En général, les RRS s'occupent de surveiller les problèmes, les défis et les pressions auxquels elles font face en ce qui a trait aux hôpitaux psychiatriques et aux unités de soins psychiatriques, et elles en informent la division. La division est régulièrement en contact avec les

RRS par téléphone, par courriel et dans des réunions en personne. La division se perçoit comme une source de soutien continu pour les RRS.

4.103 La division tient régulièrement des réunions avec le personnel régional pour discuter du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Les problèmes des uns sont souvent présentés aux autres et discutés durant ces réunions.

4.104 Toutes les RRS sont tenues d'avoir un comité de liaison de gestion qui compte des représentants des services psychiatriques de la RRS ainsi que des CSMC. Ces comités sont indépendants du ministère. Les membres de ces comités se rencontrent périodiquement pour assurer une coordination efficace des programmes de santé mentale, déterminer ensemble les stratégies d'intervention auprès de groupes cibles particuliers et surveiller l'utilisation globale des services et les résultats. En travaillant ensemble, les comités règlent les problèmes et les questions pressantes relativement à la santé mentale au niveau régional. Les comités sont régulièrement en contact avec le ministère afin de le tenir au courant des pressions, des défis et des possibilités auxquels ils font face. Le comité de liaison de gestion est une structure de gestion en collaboration qui contribue à assurer la continuité des soins de la personne.

Indicateurs du rendement

Indicateurs du rendement provinciaux

4.105 Au cours de notre vérification, nous avons remarqué que le ministère avait préparé un document préliminaire pour tenter de déterminer des indicateurs clés du rendement en matière de santé mentale. Le document, intitulé Document de travail du Groupe de travail des Services de santé mentale sur les indicateurs de rendement, a été mis à jour le 16 novembre 2001, ce qui est récent, mais les indicateurs n'ont toujours pas été adoptés. Le document détermine 17 indicateurs potentiels et traite des méthodes de mesure possibles. Les 17 indicateurs portent sur l'ensemble du système de santé mentale, qui comprend les CSMC, les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques; toutefois, bon nombre des indicateurs visent les CSMC. Le document comprend quatre indicateurs sur les intrants, sept indicateurs sur les processus et six indicateurs sur les résultats.

4.106 Le ministère n'a pas élaboré de cibles ni de normes auxquelles comparer les indicateurs. Logiquement, la première étape du processus redditionnel est de définir les rôles et les attentes en matière de rendement et de s'entendre sur ceux-ci (comprenant des cibles et des normes de rendement), puis de choisir des mesures du rendement (comprenant des indicateurs du rendement). Il est prématuré de choisir des mesures du rendement avant de connaître les attentes en matière de rendement.

Recommandations

4.107 Nous avons recommandé que le ministère adopte un ensemble commun d'indicateurs en matière de santé mentale qui portent sur le rendement de tous les secteurs opérationnels de la santé mentale.

4.108 Nous avons recommandé que les indicateurs soient clairement reliés aux objectifs organisationnels et à des cibles et à des normes préétablies.

Collecte de données pour les indicateurs du rendement provinciaux

4.109 On nous a informés que le document de travail sur les indicateurs du rendement est encore préliminaire en raison des contraintes relatives à la collecte de données. Alors que l'information relative à certains indicateurs est connue, un système d'information de gestion est requis pour que le ministère puisse obtenir de l'information relative à d'autres indicateurs. Par exemple, de l'information doit être obtenue sur les ressources utilisées par rapport aux résultats dans les CSMC. Une étude de faisabilité a été faite récemment, et les rétroactions seront présentées au comité de gestion du ministère sous peu.

4.110 Les hôpitaux ont leurs propres systèmes d'information qui leur permettent de mesurer leurs propres indicateurs. Comme nous le mentionnions, les hôpitaux envoient leurs données financières et statistiques au ministère par voie électronique. Nous avons appris que la division est au courant des données financières que contient le système, mais pas des statistiques. Un système d'information bien conçu, qui contient les données nécessaires pour mesurer le rendement, est essentiel pour le ministère.

Recommandation

4.111 Nous avons recommandé que le ministère mette en œuvre des systèmes qui peuvent produire de l'information à l'appui de la mesure des indicateurs du rendement en santé mentale.

Indicateurs du rendement des RRS

4.112 Les normes provinciales exigent des RRS qu'elles aient des indicateurs du rendement; elles n'ont pas le choix. Les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé exigent que des indicateurs soient choisis pour surveiller les buts, les objectifs et les résultats souhaités du programme de santé mentale de la RRS.

4.113 À l'heure actuelle, les RRS utilisent des indicateurs du rendement. Chaque RRS a élaboré ses propres indicateurs et suit ses propres méthodes de mesure. Les indicateurs mesurés ne sont pas les mêmes d'une région à l'autre. Dans les trois régions où nous nous sommes rendus, les indicateurs du rendement sont comparés aux attentes. Bien que le nombre total d'indicateurs varie d'une région à l'autre, nous avons constaté que plusieurs des indicateurs sont fondés sur les résultats. Comme les indicateurs varient parmi les régions, les données produites grâce aux processus individuels ne peuvent être regroupées pour servir au niveau provincial.

4.114 Le ministère pourrait se tourner vers les RRS pour des exemples d'indicateurs du rendement que les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques utilisent actuellement (p. ex. : satisfaction des clients et des familles à l'égard du programme, qui pourrait être calculée

selon le pourcentage de personnes satisfaites par rapport au total des personnes sondées).

Convention de services psychiatriques

4.115 Le principal outil à la disposition du ministère pour assurer la circulation de l'information, ce qui facilite l'évaluation du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques, est la convention de services psychiatriques. Toutefois, comme nous l'avons déjà dit, de nombreuses exigences énoncées dans la convention ne sont pas appliquées.

États financiers et rapports d'utilisation

4.116 Nous avons mentionné que la première exigence du ministère est la remise des états financiers et des rapports d'utilisation par les RRS à la division tous les trimestres. Quand elle ne réussit pas à obtenir cette information, la division établit ses projections au moyen des données dont elle dispose.

4.117 Chaque trimestre, la division examine les états financiers pour comparer les résultats financiers réels des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques au budget, en particulier pour ce qui est de l'excédent ou du déficit global. La Direction des services financiers se sert des états financiers pour établir les excédents et les déficits régionaux et pour cerner les éléments au sujet desquels la division devrait donner suite.

4.118 Les rapports d'utilisation contiennent des statistiques sur les hôpitaux et les unités de soins psychiatriques. Les rapports sont examinés aux trimestres, surtout les diagnostics et les taux d'occupation.

4.119 Examiner l'information financière sans examiner du même coup l'information opérationnelle constitue une approche fragmentée. Que la RRS dépasse son budget ou le contraire, cela ne dit rien sur la qualité de son rendement. La RRS pourrait avoir dépassé son budget et fournir un excellent service, ou elle pourrait avoir un excédent et fournir un service médiocre. Se limiter à l'information sur l'utilisation soulève le même genre de préoccupations. Par exemple, la durée moyenne du séjour peut être courte, mais si elle s'explique par le congé des patients avant qu'ils soient prêts, cela compromet la qualité des soins et peut mener à des réadmissions. La Division ne sera pas en mesure de correctement évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques en se fondant sur cette seule information sans tenir compte du reste.

Recommandation

4.120 Nous avons recommandé que le ministère intègre des données sur le rendement financier et sur le rendement opérationnel au processus d'évaluation du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

L'agrément

4.121 Le ministère compte beaucoup sur le processus d'agrément comme moyen d'assurer des normes de soins de qualité. Malgré l'importance accordée à l'agrément, nous avons été étonnés d'apprendre

que les résultats du processus d'agrément ne sont pas présentés à la division, à moins que celle-ci les demande. La division n'examine pas les résultats du processus d'agrément pour s'assurer que des résultats positifs sont obtenus à l'égard de toutes les normes par toutes les régions, et elle ne compare pas les résultats du processus d'agrément par région ni ne fait rapport sur les résultats du processus d'agrément à l'échelle provinciale.

Recommandations

4.122 Nous avons recommandé que le ministère exige de toutes les RRS qu'elles transmettent à la division les résultats du processus d'agrément des programmes de santé mentale.

4.123 Nous avons recommandé que la division se serve des résultats du processus d'agrément des programmes de santé mentale comme d'un outil d'évaluation du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

Normes provinciales

4.124 Le ministère compte sur les RRS pour qu'elles se surveillent elles-mêmes en ce qui concerne les normes de soins provinciales. Si les exigences en matière de normes de soins provinciales étaient appliquées, les RRS présenteraient au ministère l'information sur le rendement dont il a besoin pour évaluer le rendement.

Recommandation

4.125 Pour évaluer le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques, nous avons recommandé que le ministère utilise l'information sur le rendement exigée dans les normes de soins provinciales.

Approche du ministère en matière de mesures correctives

4.126 Dans le cas où le ministère apprend que le rendement d'un hôpital psychiatrique ou d'une unité de soins psychiatriques est insatisfaisant, il rencontre les responsables de la RRS pour faire le point sur le problème ou en discuter au téléphone. Souvent, la discussion est de nature financière, par exemple si la RRS a accumulé un important déficit. Comme la division n'a pas établi d'attentes pour le rendement sauf pour le budget, les RRS ne sont pas tenues responsables lorsqu'elles ne remplissent pas les attentes sur des aspects autres que financiers (p. ex. des taux de réadmissions inacceptables, une durée moyenne du séjour inhabituelle, le nombre de plaintes et les taux de satisfaction des clients).

Recommandation

4.127 Une fois que des cibles et des normes de rendement auront été établies pour les RRS, nous avons recommandé que le ministère prenne des mesures correctives lorsque le rendement réel ne répond pas aux attentes.

Rapport des résultats sur le processus d'évaluation du rendement

Rapport annuel du ministère

4.128 Dans son rapport annuel, le ministère mesure 10 indicateurs du rendement et en fait rapport publiquement, mais un seul a trait aux hôpitaux psychiatriques et aux unités de soins psychiatriques. L'indicateur montre le nombre de jours-patients d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques pris ensemble et fournit une comparaison d'une année à l'autre et une cible. Le même indicateur présente aussi des renseignements sur le nombre d'orientations vers les centres de santé mentale communautaires (CSMC). L'intérêt de cet indicateur pour le ministère vient du virage vers les services communautaires. On s'attendrait à ce que le nombre de jours-patients d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques diminue et que les CSMC soient davantage sollicités pour fournir des services de rechange.

4.129 Il s'agit d'un indicateur qui porte sur un processus plutôt que des résultats; il ne montre en rien si les besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont satisfaits ou ne fournit aucune indication sur la qualité du service fourni. De plus, comme les données pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques sont regroupées, il est impossible de cerner les problèmes qui pourraient exister à l'échelle régionale.

Recommandation

4.130 Nous avons recommandé que le ministère fournisse dans son rapport annuel des indicateurs du rendement détaillés pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de soins psychiatriques.

Rapport annuel des Services de défense des malades

4.131 Les Services de défense des malades préparent leur propre rapport annuel dans lequel plusieurs statistiques sont fournis, notamment le nombre de dossiers traités par les Services de défense des malades, le nombre d'admissions et le nombre d'audiences des tribunaux et des comités d'examen par région. À partir de cette information, nous avons pu déterminer par exemple que deux régions font appel au défenseur des malades beaucoup plus souvent que d'autres régions de taille semblable. En fournissant de l'information sur le rendement par région, ce rapport annuel est une source d'information utile pour le ministère et peut servir dans l'évaluation du rendement et la mise en relief des problèmes.

Recommandation

4.132 Nous avons recommandé que le ministère utilise le rapport annuel des Services de défense des malades comme source d'information sur le rendement dans l'évaluation du rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques.

Rapports annuels des RRS

4.133 Selon la *Loi sur les régies régionales de la santé*, les RRS sont tenues de comparer leur rendement aux cibles de rendement établies par le ministre dans leur rapport annuel. Les cibles de rendement dont il est question dans la loi n'ont pas encore été mises en œuvre pour les Services hospitaliers ni pour les Services de santé mentale. Nous avons examiné tous les rapports annuels les plus récents des RRS et constaté qu'ils contiennent très peu de renseignements sinon aucun sur le

rendement en matière de santé mentale et ne renvoient à aucune cible de rendement pour la santé mentale.

Recommandation

4.134 Une fois que le ministre aura établi et mis en œuvre des cibles de rendement pour les RRS, nous avons recommandé que le ministère voie à ce que les RRS fassent rapport sur leur rendement en relation avec ces cibles dans leurs rapports annuels.

Conclusion

4.135 Il est partiellement satisfait au critère. L'information redditionnelle que reçoit le ministère sur le rendement des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques est insuffisante. Il s'ensuit qu'il n'est pas possible de correctement évaluer le rendement.

4.136 Le document préliminaire sur les indicateurs du rendement en matière de santé mentale offre la possibilité d'améliorer le système d'évaluation du rendement. Nous avons aussi noté qu'il existe plusieurs processus efficaces pour le rapport sur le rendement et l'évaluation du rendement dans les régions.

Réponse du ministère

4.137 Le ministère a fait parvenir la réponse qui suit à notre rapport :

Je vous remercie pour le rapport de vérification sur la reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques. Je trouve que le rapport est juste, et nous sommes généralement d'accord avec vos recommandations. En raison de l'abondante information documentaire fournie, nous serons en mesure de nous servir du rapport auprès des intervenants clés du système de santé mentale pour atteindre notre objectif de faire rapport sur nos dépenses et nos résultats de manière complète et transparente.

Le fait que vous mentionniez que la maladie mentale touche un quart des patients des omnipraticiens au Canada et que 12,5 % des Canadiens peuvent s'attendre à être hospitalisés en raison d'une maladie mentale au moins une fois durant leur vie souligne l'importance d'avoir un système de santé mentale efficace et efficient. Au Nouveau-Brunswick, nous sommes déterminés à en arriver à un réseau équilibré de services de santé mentale en établissement et en milieu communautaire de façon à assurer la prestation en temps opportun des services de santé mentale les plus appropriés et les moins restrictifs possibles.

L'étendue de la vérification a été définie ainsi : « Déterminer si le ministère de la Santé et du Mieux-être a établi des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques qui sont sous la direction des régies régionales de la santé. »

Le premier critère traité dans le rapport évalue dans quelle mesure la Division des services de santé mentale a mis en place des cibles et des normes de rendement. Il a été déterminé que la division satisfait partiellement au critère et, plus loin, le rapport fait l'éloge de la réputation nationale et du style de gestion du système de santé mentale du Nouveau-Brunswick pour certaines pratiques exemplaires qu'il a mises de l'avant dans la réforme de la santé mentale. On a reconnu que le style de gestion s'appuie sur des informations de nature qualitative et une communication ouverte et intégrée dans tous les secteurs de la prestation des services. Le rapport va plus loin et souligne la nécessité d'en arriver à un équilibre entre l'information qualitative et l'information quantitative et recommande la mise en place d'un système de mesure du rendement fondé sur les résultats, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Nous sommes d'accord avec la recommandation voulant que le ministère mette au point des cibles de rendement fondées sur les résultats, non seulement pour les unités de soins psychiatriques et les hôpitaux psychiatriques, mais aussi pour le système de santé mentale dans son ensemble. Le rapport reconnaît que des efforts sont en cours dans ce domaine et que les fondements sont en place.

Le deuxième critère de la vérification évalue la communication de l'information et recommande des améliorations à la collecte des données et aux processus de rapport. Nous sommes d'accord avec les recommandations concernant l'obtention de données cohérentes, opportunes, pertinentes et utiles de toutes les RRS, idéalement sous forme électronique, et nous commencerons à travailler à l'amélioration de ces processus.

Le troisième critère du rapport porte sur l'interprétation des données sur le rendement et la prise de mesures correctives, le cas échéant. En l'absence de mesures du rendement qui fourniraient les données nécessaires pour interpréter le rendement, comme il est noté pour le premier critère, le système de santé mentale compte sur un système intégré de communications ouvertes et de partage de l'information, et ce avec succès. Les directeurs, les infirmières en chef et les chefs des services de psychiatrie des services de santé mentale se réunissent régulièrement au niveau provincial et au niveau régional. Plus important encore, au niveau régional, le comité de liaison de gestion tient régulièrement des réunions auxquelles participent les centres de santé mentale communautaires et les services psychiatriques aux malades hospitalisés qui travaillent ensemble pour surveiller

l'utilisation globale des services et les résultats obtenus et pour régler les problèmes et les questions pressantes qui se posent en santé mentale au niveau régional. Ces comités sont régulièrement en contact avec le bureau central du ministère et le tiennent au courant des pressions, des défis et des possibilités.

Comme nous le déclarons, nous sommes d'accord avec les constatations et les recommandations du rapport et nous nous efforçons de mettre en œuvre un cadre redditionnel efficace qui permettra de faire rapport sur nos dépenses et nos résultats de manière complète et transparente. Nous avons déjà commencé à travailler dans ce sens, et nous sommes déterminés à constamment améliorer aussi bien la reddition de comptes que le système de prestation des services d'une manière responsable et dans l'intérêt de la population du Nouveau-Brunswick. [Traduction.]

Chapitre 5
Ministère de l'Approvisionnement et des Services
Gestion des risques assurables associés aux bâtiments publics

Contenu

Contexte 103
Étendue 105
Résumé des résultats 105
Gestion par le ministère des bâtiments du MRNE et du MT 107
Renseignements sur les bâtiments 108
Affectation du personnel approprié 109
Procédures pour déterminer les facteurs de risque 112
Des inspections devraient avoir lieu périodiquement 114
Examen du programme d'inspection 115
Compétences des inspecteurs 116
Documentation des résultats d'inspection en temps opportun 117
Correction des problèmes repérés dans des délais appropriés 118
Suivi des pertes assurables 119

Ministère de l'Approvisionnement et des Services
Gestion des risques assurables associés aux bâtiments publics

Contexte

5.1 Il est important, pour assurer le maintien de leur valeur, que les biens soient adéquatement gérés et protégés. À titre de vérificateurs de la province du Nouveau-Brunswick, nous avons à l'occasion choisi des projets de vérification visant à déterminer si les responsables réussissent effectivement à atteindre cet objectif. Ainsi, en 1993, nous avons examiné comment le ministère des Transports gérait le réseau routier de la province, y compris la protection des routes existantes. En 2002, nous avons examiné comment l'Agence de gestion des véhicules gérait la flotte de véhicules du gouvernement, en particulier les services de réparation et d'entretien de ces biens.

5.2 Les bâtiments provinciaux constituent l'une des catégories de biens appartenant à la population du Nouveau-Brunswick qui a le plus de valeur. Bien que le gouvernement ne suive pas le coût de ses bâtiments, des membres du personnel à qui nous avons parlé estiment la valeur de ces biens à 4 milliards de dollars ou plus. Pour gérer et protéger nos bâtiments provinciaux, le gouvernement doit avoir une approche officielle et structurée qui permet de déterminer et d'évaluer les risques importants (incendie et responsabilité). Cette approche devrait prévoir l'élaboration de stratégies appropriées pour la gestion de ces risques.

5.3 Vers la fin des années 1980, le Conseil de gestion a pris connaissance d'un rapport sur l'assurance des bâtiments provinciaux. Selon ce qu'on nous a dit, le rapport montre que, durant une période de plus de 10 ans (de 1979 à 1989), le coût annuel de l'assurance a dépassé de beaucoup le total des demandes de règlement durant la même période. Par conséquent, le gouvernement a pris la décision de ne plus

assurer les bâtiments provinciaux, rendant ainsi les contribuables du Nouveau-Brunswick responsables de toutes les demandes de règlement découlant des risques qui étaient auparavant couverts par des assurances.

5.4 Dans son rapport annuel de 2002, le ministère de l'Approvisionnement et des Services (le ministère) déclare que « La Division de la gestion des installations *est responsable de l'exploitation des bâtiments appartenant au gouvernement provincial,* [...] *de la gestion des risques*, des vérifications relatives à l'entretien des bâtiments, de même que de l'inspection des toits » *(c'est nous qui soulignons)*. La division gère environ 500 bâtiments provinciaux. Elle ne s'occupe pas des écoles ni des hôpitaux.

5.5 Le ministère a dû faire face à plusieurs contraintes de nature pratique au cours des dernières années. L'une des contraintes les plus graves est la réduction des montants qu'il reçoit du gouvernement pour l'entretien, avec lesquels il doit notamment corriger les facteurs de risque repérés dans ses bâtiments. De façon générale, ces sommes proviennent de deux sources, l'une étant le budget d'amélioration des immobilisations et l'autre, le budget au compte ordinaire.

5.6 Au cours de la dernière décennie, les compressions au compte ordinaire ont réduit les fonds affectés aux dépenses d'entretien. En 1993-1994, le ministère a dépensé plus de 3,1 millions de dollars, à l'exclusion des salaires; en 2002-2003, il n'a dépensé que 2,1 millions, ce qui représente une baisse de 32 % sans tenir compte de l'inflation. Si l'inflation était prise en considération, la baisse réelle excéderait 38 %.

5.7 Depuis cinq ans, le budget d'amélioration des immobilisations du ministère a baissé, passant de près de 5,5 millions de dollars en 1998-1999 à seulement 3 millions en 2003-2004, ce qui représente une baisse de financement de plus de 45 %.

5.8 Ces deux réductions entravent la capacité du ministère de corriger les problèmes dans des délais appropriés. Tandis que les fonds diminuent, de nombreux bâtiments prennent de l'âge. Comme toutes les catégories de biens qui prennent de l'âge, les immeubles plus vieux ont généralement plus de problèmes, et il faut donc plus d'argent pour les garder en bon état. La direction du ministère a aussi souligné que le personnel affecté à la gestion de ses bâtiments a diminué au cours des cinq à dix dernières années. Et, alors que le ministère est responsable de la gestion des risques associés aux bâtiments, il n'emploie pas de gestionnaire des risques à temps plein.

5.9 Notons cependant que, malgré la pression subie par la Division de la gestion des installations, les pertes découlant des risques assurables ont été minimes. Les demandes de règlement en matière de responsabilité imputées au ministère au moyen des comptes financiers de la province au cours des cinq derniers exercices s'élèvent à moins de

71 000 $. En fait, les montants des deux derniers exercices, soit 2001-2002 et 2002-2003, se chiffrent au total à moins de 1 000 $. La perte la plus importante à la suite d'un incendie a eu lieu en 1996 au bâtiment des Pêches de Bouctouche; la province a dû débourser environ 525 000 $ pour le remplacer. Voilà qui semble montrer que le ministère a fait par le passé un travail crédible pour ce qui est d'atténuer les problèmes, malgré les défis qu'il devait surmonter. Bien sûr, cela ne signifie pas que les problèmes soient inexistants. En fait, si les ressources nécessaires pour repérer et corriger les problèmes sont insuffisantes, ce n'est qu'une question de temps avant que ces problèmes deviennent graves et que des pertes découlant de risques assurables se produisent. À notre avis, les députés de l'Assemblée législative doivent connaître les méthodes en place pour assurer la gestion de ces risques.

Étendue

5.10 Étant donné la valeur considérable de nos bâtiments, la réduction dans les sommes affectées à l'entretien et le fait que le gouvernement n'atténue plus les risques au moyen d'assurances, tels que les risques d'incendie, nous avons décidé d'effectuer une vérification dans le domaine de la gestion des risques. Notre projet visait avant tout à voir comment le gouvernement gère les risques qui étaient auparavant gérés au moyen d'assurances. Pour des raisons d'ordre pratique et de délais, nous avons décidé de limiter l'étendue de notre vérification aux bâtiments dont le ministère de l'Approvisionnement et des Services est responsable. Toutefois, nos constatations peuvent s'appliquer à l'ensemble du gouvernement.

5.11 Notre objectif de vérification était le suivant :

Déterminer comment le ministère de l'Approvisionnement et des Services gère les risques assurables importants associés aux bâtiments publics dont il est responsable.

5.12 Nous avons élaboré neuf critères de vérification pour nous aider à déterminer si le ministère répondait à l'objectif de vérification. Ces critères portent sur les procédures employées pour gérer les risques assurables, les systèmes utilisés pour consigner les renseignements sur les bâtiments et les compétences du personnel responsable des bâtiments. Ce chapitre s'articule autour de ces critères.

5.13 Notre travail a consisté à interviewer des membres du personnel du ministère et des membres du personnel de la gestion des risques dans deux autres provinces, à examiner le dossier de différents bâtiments, et à examiner différentes publications qui traitent de la gestion des risques.

Résumé des résultats

5.14 Vers la fin des années 1980, le gouvernement a pris la décision de ne plus assurer les bâtiments provinciaux, rendant ainsi les contribuables du Nouveau-Brunswick responsables de toutes les demandes de règlement découlant des risques qui étaient auparavant couverts par des assurances. Cette situation a accru la responsabilité

du gouvernement en matière de détermination et de gestion des risques.

5.15 En 2001, le ministère de l'Approvisionnement et des Services s'est vu confier la responsabilité de 400 bâtiments dont étaient chargés auparavant le ministère des Transports et le ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie. Cette responsabilité comprend la détermination et la gestion des risques associés aux bâtiments de ces deux ministères, en plus de ceux dont il était déjà responsable. Le ministère n'a reçu aucune ressource supplémentaire pour assumer ce surcroît de responsabilités. La direction du ministère a souligné que le personnel affecté à la gestion de ses bâtiments a sensiblement diminué au cours des cinq à dix dernières années, et les fonds affectés à l'entretien pour corriger les problèmes repérés par le ministère ont diminué. Le manque de ressources pourrait entraver la capacité du ministère de donner suite à bon nombre de nos constatations.

5.16 Le ministère n'a pas de plan écrit de gestion des risques en vigueur pour repérer les principaux risques associés à chaque bâtiment, ni de procédures correspondantes pour cerner les facteurs qui pourraient avoir une incidence importante sur ces risques. Comme le ministère pourrait avoir recours à différentes séries de procédures, y compris les inspections, pour cerner les facteurs de risques dans les bâtiments, et comme chaque bâtiment représente un niveau de risque différent, un plan de gestion des risques est nécessaire pour assurer une protection adéquate de tous les bâtiments. Un plan est également nécessaire pour optimiser l'utilisation de ressources limitées.

5.17 La documentation relative à bon nombre des procédures sur lesquelles le ministère compte pour repérer et gérer les risques est insuffisante. Il s'ensuit que nous avons trouvé difficile de déterminer si le ministère satisfait à certains de nos critères. L'absence de documentation fait aussi qu'il est difficile pour le ministère de déterminer si les procédures sur lesquelles il compte sont exécutées de manière opportune, ou si les problèmes sont corrigés en temps opportun.

5.18 Lorsque le ministère s'est vu confier la responsabilité des bâtiments du ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie et du ministère des Transports en 2001, il a convenu avec eux qu'il appliquerait à ces bâtiments différentes procédures reliées à la gestion des risques. Il avait aussi été entendu que les deux autres ministères continueraient à assurer la gestion quotidienne des bâtiments. Le ministère n'applique pas toutes les procédures auxquelles il avait consenti, y compris l'inspection des bâtiments, pour déterminer tous les facteurs de risque importants.

Gestion par le ministère des bâtiments du MRNE et du MT

5.19 Le gouvernement a affecté au ministère la responsabilité des bâtiments du ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie (MRNE) et du ministère des Transports (MT) en 2001. En conséquence, le ministère est devenu responsable de la détermination et de la gestion des risques de plus de 400 bâtiments additionnels, faisant passer son portefeuille à plus de 500 bâtiments. La direction du ministère a toutefois souligné que ses effectifs n'ont pas augmenté.

5.20 Lorsque le ministère s'est vu confier la responsabilité des bâtiments du MRNE et du MT, il a pris des arrangements pour que chacun des deux autres ministères continue à exploiter et à financer les activités opérationnelles de chacune de ses installations, y compris l'entretien courant. Le ministère a toutefois convenu d'assumer de nombreuses responsabilités relativement à ces bâtiments, dont les suivantes :

- établir un inventaire de tous les bâtiments et de toutes les installations et les intégrer au système informatique du Groupe des bâtiments d'Approvisionnement et Services;
- effectuer régulièrement des inspections des bâtiments;
- déterminer les problèmes portant sur l'entretien et sur la santé et la sécurité qui doivent être réglés;
- déterminer les besoins et établir les priorités pour ce qui est des projets d'immobilisations en collaboration avec le MT;
- mettre en œuvre un programme de sécurité-incendie pour toutes les installations du MT et veiller à la conformité continue aux exigences du programme;
- offrir une aide technique et administrative portant sur l'exploitation et l'entretien des bâtiments (conseils, préparation des devis, appels d'offres, etc.);
- assurer la liaison avec les autorités compétentes (p. ex., prévôt des incendies, inspecteur de chaudière) et coordonner les activités de suivi.

5.21 Nous avons eu le plaisir de constater que le ministère a prévu mettre ces procédures en vigueur, car elles constituent le début d'un bon programme de gestion des risques pour ces bâtiments.

5.22 Cependant, dans le cadre de notre vérification, nous avons observé que le ministère ne remplit pas plusieurs des responsabilités qu'il avait accepté d'assumer à l'égard des bâtiments. Par exemple, le ministère n'effectue pas régulièrement l'inspection des bâtiments, ce qui soumet les bâtiments du MRNE et du MT à un risque additionnel.

puisque bon nombre des responsabilités du ministère permettraient de déceler des risques qui, autrement, pourraient passer inaperçus.

5.23 Nous savons que le ministère fait face à des problèmes de ressources. Il est important que le ministère, s'il n'est pas en mesure de remplir ces responsabilités, porte la situation à l'attention du gouvernement afin que ce dernier connaisse le risque additionnel auquel il consent depuis le transfert des bâtiments. La direction du ministère a déclaré qu'elle a porté la question des ressources à l'attention du gouvernement dans le passé.

Recommandation

5.24 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services remplisse les obligations auxquelles il s'est engagé auprès du MRNE et du MT. Si le ministère n'a pas les ressources nécessaires pour remplir ces obligations, il devrait informer le gouvernement des conséquences d'une telle situation.

Renseignements sur les bâtiments

5.25 Notre premier critère était le suivant :

> *Le ministère de l'Approvisionnement et des Services devrait être au courant de chaque bâtiment sous sa responsabilité, y compris son emplacement, son but et sa valeur.*

5.26 Le ministère de l'Approvisionnement et des Services utilise un système informatisé, le système informatique du Groupe des bâtiments d'Approvisionnement et Services (système SBGS), pour stocker les renseignements relatifs à tous les bâtiments du gouvernement. Pour contrôler par sondages l'intégrité des données sur les bâtiments contenues dans le système SBGS, nous avons comparé les renseignements qui se trouvent dans le système d'évaluation provincial et ceux du système SBGS pour quelques bâtiments. Nous n'avons trouvé aucun écart. Nous avons aussi constaté que le ministère a en place deux contrôles clés pour assurer l'intégrité du système SBGS. Le premier fait qu'un numéro de bâtiment doit être attribué au bâtiment dans le système SBGS avant que des dépenses puissent lui être imputées dans le système provincial d'information financière. Le second est que le ministère obtient chaque année des ministères la liste des bâtiments, qu'il compare à l'information du système SBGS. Tout écart est résolu. Il semble bien que le ministère soit au courant de chaque bâtiment dont il est responsable.

5.27 Le système SBGS contient des renseignements tels que le numéro du bâtiment, l'adresse, le numéro d'évaluation foncière, la description de l'utilisation du bâtiment (p. ex. : garage) et le nom. Le système ne suit toutefois pas le coût ou la valeur du bâtiment.

5.28 Nous avons été surpris d'apprendre que le coût n'est pas suivi. La directive du gouvernement exige que les ministères suivent le coût réel des biens mobiliers valant 200 $ ou plus. Étant donné cette

directive, il semble logique que le gouvernement suive aussi le coût des bâtiments, dont la valeur est beaucoup plus grande.

5.29 La valeur est un élément essentiel de la gestion des risques. Un assureur n'acceptera pas un portefeuille immobilier sans connaître la valeur de ce qu'il assure. De plus, si la valeur n'est pas établie, comment la direction peut-elle déterminer s'il y a lieu ou non de réparer un bien en particulier? Ou bien quel degré d'effort justifie la détermination des risques associés à ce bien? Et la direction peut-elle attendre du gouvernement qu'il affecte les fonds nécessaires pour repérer et traiter les facteurs de risque dans les bâtiments si la valeur du bien sujet à un risque n'est pas connue?

5.30 La valeur est aussi une information que les législateurs doivent connaître pour être en mesure de prendre une décision éclairée quant à l'affectation de fonds à la gestion des biens. En connaissant la valeur d'un bien, les législateurs peuvent clairement déterminer l'importance des biens qui sont à risque.

Conclusion

5.31 Il est partiellement satisfait au critère. Le ministère est au courant de chaque bâtiment sous sa responsabilité, et le système SBGS consigne l'emplacement et le but des bâtiments. Cependant, le système SBGS ne contient pas de renseignements sur la valeur des bâtiments.

Recommandation

5.32 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services établisse la valeur de chaque bâtiment dont il est responsable et qu'il mette ces valeurs à jour régulièrement dans le système SBGS.

Affectation du personnel approprié

5.33 Notre deuxième critère était le suivant :

> *Le ministère de l'Approvisionnement et des Services devrait confier à un personnel approprié la responsabilité de gérer les risques assurables associés aux bâtiments dont il est responsable.*

5.34 Au bout du compte, la responsabilité de tous les bâtiments est attribuée au directeur de la division, y compris la responsabilité de gérer les risques. Toutefois, par le passé, la division avait affecté du personnel à la gestion des risques, y compris un gestionnaire des risques; cette personne, dont la responsabilité première était de gérer les assurances de la flotte, était en mesure d'aider sur le plan de la gestion des risques associés aux bâtiments. Ce personnel a été réduit et ne représente plus que 15 % du temps d'un employé.

Bâtiments gérés par le ministère

5.35 Le ministère a confié la responsabilité des bâtiments de chaque région à un gestionnaire régional. Dans la région de Fredericton, des surintendants de bâtiment ont reçu la responsabilité de certains bâtiments. Nous avons constaté que les surintendants possèdent des

compétences qui varient, mais tous les gestionnaires régionaux sont soit des ingénieurs, soit des techniciens qualifiés.

5.36 Pour l'aider dans la détermination des facteurs de risque, le bureau central complète l'expérience et le savoir-faire du personnel régional par le recours à des technologues spécialisés ou à des entrepreneurs externes dans des domaines particuliers comme la prévention des incendies, l'entretien des ascenseurs et la qualité de l'air. Ces technologues ne participent pas régulièrement à la détermination des facteurs de risque de chaque bâtiment. Ils font plutôt un examen sommaire du bâtiment lorsqu'ils se trouvent sur les lieux, généralement après que le personnel fait appel à eux pour un autre problème.

5.37 Nos contrôles par sondage ont montré que, lorsque le ministère effectue une vérification officielle d'un bâtiment ou un examen particulier relatif à des bâtiments, des facteurs de risque ou des problèmes ayant trait au risque d'incendie ou à la responsabilité sont souvent découverts. Par exemple, les vérifications du ministère ont révélé des cas où le toit avait besoin d'être remplacé, le système de drainage était insuffisant, le filage devait être modernisé et des avertisseurs d'incendie et extincteurs n'avaient pas été inspectés depuis des années. Les examens par le ministère ont aussi permis de repérer des facteurs tels que des problèmes de ventilation et différentes infractions au code de prévention des incendies. Voilà qui semble appuyer la conclusion selon laquelle le personnel régional pourrait avoir besoin d'autres employés qualifiés pour l'aider à déterminer les risques que présentent les bâtiments dont il est responsable.

5.38 Un aspect positif à cet égard est la création d'un nouveau poste, celui de technologue de la gestion des risques urgents. Ce membre du personnel prévoit faire l'inspection de tous les bâtiments gérés par le ministère dans un proche avenir afin de repérer et de consigner les facteurs de risque en matière d'incendie. Ces inspections ajouteront certainement un niveau d'expérience et de formation valable et régulier à la détermination des facteurs de risque associés à ces bâtiments.

Bâtiments gérés par le MRNE et par le MT

5.39 Lorsque le ministère s'est vu confier la responsabilité globale de la gestion des bâtiments du MRNE et du MT, le personnel a alors décidé que les activités courantes reliées aux bâtiments continueraient à être assumées par le personnel des deux autres ministères, ce qu'il a fait pour deux raisons. Premièrement, le ministère n'a reçu aucune ressource supplémentaire pour s'acquitter de la gestion de 400 bâtiments de plus. Deuxièmement, le personnel du MRNE et le personnel du MT étaient déjà en poste et sur place et connaissaient les bâtiments.

5.40 Le ministère n'a pas déterminé quelles compétences avaient le personnel du MRNE et le personnel du MT affectés à la gestion des bâtiments en question. Comme le ministère est responsable de ces bâtiments, il devrait s'assurer que le personnel de gestion des bâtiments du MRNE et du MT possède les compétences requises pour déterminer

et gérer les responsabilités que le ministère lui a assignées, y compris la gestion des risques assurables.

5.41 La division a assigné à quelques technologues spécialisés du bureau central la responsabilité de faire du travail de consultation pour aider dans l'évaluation des risques et la correction des facteurs de risque déterminés pour ces bâtiments, d'habitude après la détermination d'un problème. Toutefois, nous avons constaté que le ministère ne remplissait pas plusieurs responsabilités clés, y compris effectuer régulièrement l'inspection des bâtiments et déterminer les problèmes portant sur l'entretien et sur la santé et la sécurité qui doivent être réglés.

5.42 Les plus de 400 bâtiments additionnels du MRNE et du MT ont grandement alourdi la charge de travail des ressources techniques très limitées du ministère, fardeau que le ministère n'a pas été en mesure d'assumer.

Conclusion

5.43 Il n'est pas satisfait au critère. Tandis que le directeur de la Division de la gestion des installations a la responsabilité globale « de l'exploitation des bâtiments appartenant au gouvernement provincial [...] de la gestion des risques, des vérifications relatives à l'entretien des bâtiments, de même que de l'inspection des toits », la division n'a personne pour superviser la gestion des risques assurables associés à tous ses bâtiments.

5.44 Le personnel technique doit régulièrement et périodiquement suppléer le travail des régions plutôt que d'intervenir au cas par cas, comme cela se fait actuellement. Le nouveau poste de technologue de la gestion des risques urgents est une mesure positive à cet égard.

5.45 Le ministère de l'Approvisionnement et des Services devrait veiller à ce que le personnel du MRNE et du MT sur lequel il compte pour gérer les risques soit suffisamment qualifié. Il devrait aussi s'assurer que le MRNE et le MT consacrent des ressources qualifiées suffisantes à la gestion des risques, ce que le ministère n'a pas fait. De plus, le ministère doit déterminer les effectifs dont il a besoin pour gérer les risques associés aux bâtiments et remplir les responsabilités auxquelles il a consenti.

Recommandations

5.46 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services détermine les effectifs dont il a besoin pour gérer les risques associés aux bâtiments dont il est responsable. À cet égard, le ministère devrait déterminer s'il doit créer un poste à temps plein de gestionnaire des risques. Si le ministère estime que les ressources actuelles sont insuffisantes pour assurer la protection des bâtiments publics, il devrait présenter au gouvernement ses besoins en matière de personnel et les conséquences qui pourraient découler du manque de personnel approprié.

5.47 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services veille à ce que le personnel sur lequel il compte pour l'aider à gérer ses bâtiments possède des compétences adéquates.

Procédures pour déterminer les facteurs de risque

5.48 Notre troisième critère était le suivant :

> *Le ministère devrait avoir en place des procédures pour déterminer les facteurs de risque.*

5.49 Le ministère a déterminé que les incendies et la responsabilité sont des risques considérables en ce qui a trait aux bâtiments dont il est directement responsable, et il a mis en vigueur de nombreuses procédures pour déterminer les facteurs qui influent sur ces risques. Ces procédures comprennent les inspections, les contrats d'entretien préventif et les rapports des utilisateurs. Cependant, le ministère n'a pas déterminé, le cas échéant, les procédures que le MRNE et le MT suivent pour repérer les problèmes dans les bâtiments qu'ils gèrent pour lui.

5.50 Pour ce qui est de ses propres bâtiments, les inspections sont le moyen le plus visible par lequel le ministère détermine les facteurs de risque. Il peut compter sur deux sources d'inspection. La première source est constituée des inspections d'organismes externes, ou de réglementation, qui sont normalement réalisées par les autorités afin de remplir les responsabilités dont elles sont tenues de s'acquitter en vertu de mesures législatives ou de directives. Les paramètres encadrant de telles inspections, par exemple le choix du moment, les procédures et les compétences du personnel, sont établis par l'autorité responsable de l'inspection, et non par le ministère. Par exemple, le Bureau du prévôt des incendies peut, au moyen d'une inspection, repérer des facteurs qui influent sur le risque d'incendie. Ou, encore, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents du travail peut, au moyen d'une inspection, repérer des facteurs qui influent à la fois sur le risque d'incendie et sur le risque de responsabilité.

5.51 La seconde source est interne; il s'agit des inspections sous le contrôle du ministère. Elles sont effectuées directement par le personnel du ministère, du MRNE ou du MT responsable de la gestion des bâtiments du ministère, ou par des entreprises ou des personnes engagées par le ministère. Ces inspections, qui sont sous le contrôle du ministère, comprennent l'inspection de toits, l'inspection des risques d'incendie, l'inspection des avertisseurs d'incendie, l'inspection des gicleurs, des examens non officiels des bâtiments par le personnel régional et des examens par le personnel du bureau central.

5.52 La question est alors de savoir quelles sont les « meilleures » procédures que peut suivre le ministère pour repérer tous les facteurs pouvant avoir une influence importante sur les risques. En d'autres termes, pour veiller à ce que tous ses bâtiments soient protégés de manière adéquate en utilisant les ressources limitées de la façon la plus

avantageuse possible, le ministère devrait avoir un plan écrit de gestion des risques. Dans le cadre de l'élaboration d'un tel plan, on examinerait les procédures actuelles, et on déterminerait les procédures particulières pour chaque bâtiment. Comme chaque bâtiment est différent (construction en briques, en bois ou en métal, de construction récente ou ancienne, etc.), il se pourrait que le ministère doive établir des procédures différentes pour déterminer les facteurs de risque de chaque bâtiment.

5.53 Le ministère n'a pas de plan écrit de gestion des risques. De plus, bon nombre des procédures sur lesquelles le ministère compte pour déterminer les facteurs de risque ne sont pas des procédures officielles. Il serait prudent que le ministère mette les procédures par écrit afin d'éviter tout malentendu quant à ce qui est requis. Le ministère serait ainsi plus certain que le personnel comprend les procédures et les applique de manière cohérente.

5.54 Nous avons aussi été déçus de voir que le ministère ne fait plus de vérifications en bonne et due forme de l'état de ses bâtiments. Des vérifications régulières de l'état des bâtiments par des inspecteurs qualifiés peuvent être un moyen très efficace de repérer à temps les facteurs de risque. Par ailleurs, elles s'ajoutent à l'expérience du personnel régional dans la détermination de ces facteurs.

Conclusion

5.55 Il est partiellement satisfait au critère. Le ministère a mis en place de nombreuses procédures pour repérer les facteurs de risque dans ses bâtiments. Par exemple, des inspections sont faites par des organismes externes tels que le Bureau du prévôt des incendies, et des inspections sont faites par le ministère ou confiées à des sous-traitants pour ce qui est de l'inspection des toits, de l'inspection des risques d'incendie, de l'inspection des avertisseurs d'incendie et de l'inspection des gicleurs.

5.56 En revanche, le ministère n'a pas de plan écrit de gestion des risques. De plus, les procédures ne sont pas toutes mises par écrit ou connues. Il s'ensuit qu'il n'est pas possible de déterminer si les procédures actuelles sont suffisantes, ou trop nombreuses, pour la détermination efficiente de tous les facteurs de risque importants dans chaque bâtiment, ou si les procédures actuelles sont la manière la plus efficace de procéder.

Recommandations

5.57 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services élabore et consigne un plan de gestion des risques. Le plan devrait comprendre tous les risques importants associés à chacun de ses bâtiments, y compris les bâtiments gérés par le MRNE et par le MT, et documenter les procédures à suivre pour déterminer les facteurs de risque associés à chaque bâtiment.

5.58 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services communique les procédures du plan de gestion des risques aux personnes responsables de la gestion des bâtiments du ministère.

5.59 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services rétablisse les vérifications officielles et documentées de l'état des bâtiments.

Des inspections devraient avoir lieu périodiquement

5.60 Notre quatrième critère était le suivant :

> *Le ministère devrait s'assurer que chaque bâtiment fait périodiquement l'objet d'une inspection aux fins de déterminer les facteurs de risque.*

5.61 Souvent, la réalisation des inspections n'est pas suffisamment documentée. Nous avons examiné le dossier de différents bâtiments pour tenter de trouver des indications relatives aux dates d'inspection. Notre travail de vérification a révélé que certaines inspections sous le contrôle du ministère, l'inspection des toits par exemple, sont bien documentées. De plus, des lignes directrices sont établies pour indiquer quand ces inspections doivent avoir lieu. Toutefois, pour d'autres inspections internes, y compris les inspections réalisées par le personnel du MRNE et du MT et les inspections non officielles, on ne trouve à peu près aucune indication qui montre quand les inspections ont été faites, le cas échéant, ou quand elles sont censées avoir lieu.

5.62 Dans le cas des inspections externes menées par des organismes de réglementation, le rapport est souvent absent, à moins que des problèmes aient été découverts. Mais, même dans ces cas, le problème peut être corrigé pendant que l'inspecteur se trouve sur les lieux, et aucun rapport n'est alors versé au dossier. Si le ministère compte sur ces inspections pour déterminer les facteurs de risque, il devrait alors s'assurer qu'elles sont effectuées à une fréquence qui lui permet de déterminer ces facteurs en temps opportun. À l'heure actuelle, le ministère ne consigne pas cette information.

5.63 Nous avons aussi constaté que les renseignements concernant les inspections sont difficiles à trouver, car différentes régions ont des méthodes différentes de classement des rapports d'inspection.

5.64 Nous avons eu le plaisir de constater que le nouveau technologue de la gestion des risques urgents prévoit établir des calendriers pour la réalisation des différentes inspections, y compris des vérifications d'entretien préventif et des inspections des systèmes de gicleurs. Le technologue prévoit aussi tenir un registre pour veiller à la réalisation de ces inspections dans les délais appropriés. Un registre ou une liste de contrôle, semblable à ce qu'envisage le technologue, pourrait faire partie de la solution globale du ministère.

Conclusion

5.65 Il n'est pas satisfait au critère. Bien que le ministère veille à ce que certaines inspections soient réalisées périodiquement, il n'a pas de mécanisme en place pour s'assurer que chaque bâtiment fait périodiquement l'objet d'une inspection aux fins de déterminer tous les facteurs de risque importants. Le ministère n'a pas non plus de plan de gestion des risques qui établit et documente quand les inspections sur lesquelles il compte pour déterminer les risques doivent être réalisées. De plus, il n'y a pas de procédures pour veiller à ce que ces inspections soient réalisées dans des délais appropriés.

Recommandations

5.66 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services veille à ce que son plan de gestion des risques établisse et documente quand les inspections doivent être réalisées.

5.67 Nous avons recommandé que le ministère communique les exigences en matière d'inspections internes au personnel responsable.

5.68 Nous avons recommandé que le ministère documente la réalisation des inspections requises pour les bâtiments dont il est responsable. Le personnel de la Division de la gestion des installations devrait s'assurer que les procédures requises ont été suivies dans les délais appropriés et consigner le fait qu'elles ont été suivies.

Examen du programme d'inspection

5.69 Notre cinquième critère était le suivant :

Le ministère devrait périodiquement examiner ses programmes d'inspection afin de s'assurer qu'ils sont adéquats pour déterminer les facteurs de risque.

5.70 La direction du ministère a souligné que les programmes d'inspection du ministère font effectivement l'objet d'un examen continu. Cependant, le ministère n'a pas établi de calendrier pour la réalisation de ces examens, et aucun document ne précise quand les examens sont effectués, le cas échéant.

5.71 Le personnel du ministère n'examine pas les programmes d'inspection du MRNE et du MT. Il laisse au MT et au MRNE le soin de s'assurer de la nature adéquate des programmes d'inspection de ces ministères.

5.72 Pour ce qui est des inspections qui sont confiées en sous-traitance à la suite d'appels d'offres, la direction du ministère a déclaré que les programmes d'inspection sont examinés selon la fréquence prévue au contrat, et des modifications sont apportées aux conditions du contrat au besoin. Lorsque des services fournis en vertu d'un contrat ont une faible valeur pécuniaire et ne sont pas visés par un appel d'offres, le

contrat fait l'objet d'un examen informel dans la région. Or, à moins qu'un contrat soit modifié, rien n'indique que ces examens ont lieu.

Conclusion

5.73 Il est partiellement satisfait au critère. Le ministère examine effectivement certains de ses programmes d'inspection, mais ces examens ne sont pas officiels et non documentés, de sorte qu'il est difficile de déterminer ce qui est fait et à quelle fréquence. Le ministère n'examine pas les programmes d'inspection des bâtiments du MRNE et du MT.

Recommandations

5.74 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services documente son examen des programmes d'inspection internes pour s'assurer que les examens sont réalisés dans des délais appropriés et sont suffisamment détaillés.

5.75 Nous avons recommandé que le ministère établisse et mette par écrit un calendrier pour la réalisation des examens des programmes d'inspection et détermine ce que les examens devraient viser.

5.76 Nous avons recommandé que le ministère mette par écrit les procédures nécessaires pour veiller à ce que les programmes d'inspection réalisés par le MRNE et le MT soient opportuns et suffisants.

Compétences des inspecteurs

5.77 Notre sixième critère était le suivant :

Le ministère devrait s'assurer que les inspections sont réalisées par du personnel qualifié ou des entreprises de bonne réputation et compétentes.

5.78 Le ministère a confié la responsabilité des inspections à des membres du personnel des bureaux régionaux et du bureau central. Le personnel du ministère chargé des inspections va de surintendants de bâtiment à des technologues spécialisés, chaque personne apportant sa propre combinaison d'expérience et de formation à la tâche. Les gestionnaires du ministère ont déclaré s'assurer que les personnes qui effectuent les inspections possèdent les ensembles de compétences nécessaires; en d'autres termes, ils s'assurent que du personnel qualifié réalise les inspections. Toutefois, la vérification ne nous a pas permis de conclure si toutes les personnes qui réalisent des inspections possèdent des qualités adéquates, ce qui est en grande partie attribuable à la variété des compétences du personnel du ministère. Ainsi, un employé qui effectue des inspections non officielles de bâtiments peut avoir de nombreuses années d'expérience, tandis qu'un autre peut avoir suivi une formation structurée plus poussée. Dire qu'une personne est plus qualifiée que l'autre en raison de l'expérience ou de la formation serait une constatation subjective. De plus, comme nous l'avons déjà dit, bon nombre d'inspections sont mal documentées. Il est donc difficile

d'établir qui a fait l'inspection. Si on ne sait pas qui a réalisé l'inspection, il est impossible de déterminer si la personne était qualifiée ou non.

5.79 Le ministère semble faire des efforts consciencieux pour s'assurer que les fournisseurs de services retenus en sous-traitance ont une bonne réputation et sont qualifiés. Pour les contrats d'inspection adjugés sur appel d'offres, le ministère exige de l'entrepreneur qui effectue les inspections qu'il emploie un personnel possédant les compétences appropriées. Cela signifie que le personnel qui effectue le travail a suivi une formation adéquate qui le rend apte à faire ce travail. Pour les contrats de moindre importance, le personnel régional du ministère s'assure que les personnes engagées possèdent les compétences appropriées.

Conclusion

5.80 Nous ne sommes pas en mesure d'établir une conclusion au sujet du critère. Nous n'avons pas pu déterminer si le personnel du ministère qui effectue les inspections possède les compétences appropriées.

Documentation des résultats d'inspection en temps opportun

5.81 Notre septième critère était le suivant :

Les résultats d'inspection devraient être documentés et acheminés au personnel approprié en temps opportun.

5.82 Lorsqu'un organisme de réglementation tel que le Bureau du prévôt des incendies effectue une inspection, il a la responsabilité de s'assurer que les facteurs de risque sont repérés, que les modifications requises sont communiquées au personnel « client » approprié, et que ces modifications sont apportées en temps opportun. À cet égard, les inspections et les résultats de ces inspections relèvent d'autorités autres que le ministère et dépassent donc l'étendue de notre vérification. Cependant, les résultats de telles inspections pourraient aider le ministère à déterminer les problèmes que présentent ou que sont susceptibles de présenter d'autres bâtiments du ministère.

5.83 Pour les inspections effectuées par le ministère, la documentation varie. Par exemple, nous avons observé que les résultats d'inspections de toits effectués par le ministère sont bien documentés, versés aux dossiers appropriés du bureau central et communiqués au personnel approprié du ministère en temps opportun. Toutefois, d'autres résultats, dont ceux relatifs aux examens informels des bâtiments, ne sont pas documentés ni classés, et il est difficile de déterminer si ces résultats ont été communiqués au personnel approprié en temps opportun.

5.84 Le ministère n'a pas de directive établie pour indiquer quoi faire avec les rapports reçus des inspecteurs.

Conclusion

5.85 Il est partiellement satisfait au critère. Le ministère n'a pas de directive écrite concernant le classement des rapports et des résultats

d'inspection. Il s'ensuit que certains résultats d'inspection internes sont documentés et communiqués en temps opportun, alors que d'autres ne sont pas documentés ou sont de nature informelle.

Recommandation

5.86 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services établisse une directive pour assurer la documentation des rapports d'inspection. Les résultats d'inspection devraient être acheminés au personnel approprié en temps opportun.

Correction des problèmes repérés dans des délais appropriés

5.87 Notre huitième critère était le suivant :

Le ministère devrait traiter les risques déterminés par les inspections dans des délais appropriés.

5.88 Avec le système actuel, il est difficile de déterminer si tous les problèmes importants déterminés par les inspections sont corrigés dans des délais appropriés. Pour commencer, de nombreuses inspections ne sont pas documentées. De plus, si des travaux de réparation sont payés à même le budget d'entretien ordinaire, il devient difficile de déterminer quand une réparation a été faite ou si elle l'a été, parce que les réparations ne sont pas ventilées par projet et, si elle sont faites par le personnel du ministère, elles ne sont pas toujours documentées.

5.89 En revanche, lorsque des facteurs de risque comme un toit endommagé ou un filage électrique désuet sont déterminés et que les réparations nécessitent des fonds en capital, les besoins sont communiqués annuellement à la direction de la division (ou plus tôt s'il s'agit d'une situation urgente ou que les réparations sont imposées par règlement). Ces travaux deviennent alors des projets, et ils sont ajoutés à la liste des projets d'immobilisation de l'exercice précédent qui sont incomplets ou non financés. Le directeur de la division étudie la liste à jour des projets et les reclasse par ordre de priorité. Les projets en cours et les projets reliés à des questions de santé et de sécurité bénéficient de la plus grande priorité.

5.90 Nous avons effectué un contrôle par sondages sur les résultats d'inspection documentés et versés aux dossiers des bâtiments au bureau central afin de déterminer si les facteurs déterminés comme ayant un impact important sur les bâtiments étaient corrigés dans des délais appropriés. Comme nous l'avons déjà observé, ces résultats ne représentent bien sûr qu'un petit échantillon des inspections internes effectuées sur les bâtiments. Ce procédé nous a toutefois donné une idée de la rapidité avec laquelle les problèmes importants sont traités. Les résultats du contrôle par sondages montrent qu'il faut au ministère entre un et trois ans pour voir aux problèmes les plus urgents, tels qu'un toit endommagé ou un filage électrique désuet. Certaines réparations, par exemple remplir des joints de coulis ou réparer une fondation, ont pris cinq ans ou plus.

5.91 Les inspections du ministère effectuées sur les bâtiments gérés par le MT ou par le MRNE, surtout les inspections de toits et les vérifications relatives à l'entretien des bâtiments, ont aussi mis en lumière des facteurs de risque importants. Notre contrôle par sondages des dossiers sur les bâtiments montre que des mesures ont été prises, mais de manière plus lente que pour les bâtiments gérés par le ministère. De plus, pour plusieurs projets jugés moyennement prioritaires, tels que la réfection d'escaliers ou l'installation de nouveaux planchers en béton, qui pourraient avoir une incidence sur la responsabilité, nous n'avons rien vu qui montre que les problèmes sont corrigés. Par ailleurs, le ministère avait décidé il y a plusieurs années de cesser l'inspection des toits des bâtiments du MT, parce que les problèmes déterminés n'étaient pas corrigés. Bien que les inspections de toits viennent tout juste de reprendre, il se peut qu'il y ait une accumulation de travaux de réparation non effectués.

5.92 Les projets d'entretien de priorité élevée figurant sur la liste des projets d'immobilisation du ministère pour 2003-2004 totalisent plus de 12 millions de dollars. Or, le gouvernement a accordé au ministère moins de 3 millions de dollars pour traiter les risques associés à ces projets. De toute évidence, le ministère n'est pas en mesure de donner suite dans des délais appropriés aux facteurs de risque de priorité élevée.

Conclusion

5.93 Il n'est pas satisfait au critère. Le ministère ne s'assure pas que les facteurs de risque associés aux bâtiments que gèrent pour lui le MRNE et le MT sont corrigés dans des délais appropriés. Pour ses propres bâtiments, le ministère s'assure que la plupart des facteurs de risque de priorité élevée qui sont déterminés et documentés soient traités, mais le système actuel fait qu'il est difficile de déterminer si les problèmes importants qui sont repérés sont corrigés dans des délais appropriés.

Recommandation

5.94 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services consigne un processus visant à faire en sorte que tous les facteurs cernés par les inspections sous le contrôle du ministère et pouvant poser un risque important pour le bâtiment soient corrigés dans des délais appropriés. Si les ressources sont insuffisantes pour le faire, le ministère devrait en informer le gouvernement.

Suivi des pertes assurables

5.95 Notre neuvième critère était le suivant :

Le ministère devrait suivre les pertes reliées aux risques assurables, en faire rapport et utiliser l'information pour repérer les possibilités d'atténuation des risques.

5.96 Le ministère de l'Approvisionnement et des Services suit la responsabilité pour pertes découlant des sinistres assurables sur les bâtiments qu'il gère au moyen du système de comptabilité financière de la province. Nous avons examiné les demandes de règlement en matière

de responsabilité imputées au ministère dans les comptes financiers de la province pour les deux derniers exercices (2001-2002 et 2002-2003); or, prises ensemble, elles s'élèvent à moins de 1 000 $. De plus, les demandes de règlement en matière de responsabilité imputées au compte des demandes de règlement du ministère se sont chiffrées à moins de 71 000 $ pour les cinq derniers exercices. La demande la plus importante a été présentée en 2000-2001, pour un montant d'environ 45 000 $. Cependant, le ministère ne serait pas nécessairement impliqué dans les demandes de règlement en matière de responsabilité associées à des bâtiments gérés par le MRNE ou par le MT. Comme il est maintenant responsable de ces bâtiments, le ministère devrait veiller à obtenir de l'information au sujet de toutes les demandes de règlement en matière de responsabilité pour l'aider à gérer les risques associés à ces bâtiments.

5.97 Le ministère suit de manière informelle les renseignements relatifs aux sinistres incendie pour les bâtiments qu'il gère ou que le MRNE ou le MT gèrent. Le ministère serait probablement au courant de toute perte importante à la suite d'un incendie, car un incendie entraînerait la perte prolongée de l'usage du bâtiment ou des réparations au bâtiment et, dans les deux cas, le ministère interviendrait. Le personnel du ministère a noté que la plus récente perte importante à la suite d'un incendie a eu lieu en 1996 au bâtiment des Pêches de Bouctouche. La province a dû dépenser environ 525 000 $ pour reconstruire l'installation.

5.98 Le ministère a souligné qu'il y a en place un système informel et non documenté pour tenir compte des problèmes trouvés à certains endroits et faire part de ces problèmes au personnel. Celui-ci a déclaré que cela permet ainsi de veiller à ce que, si les mêmes problèmes existent ailleurs, on puisse prendre des mesures de correction avant que les problèmes deviennent importants.

Conclusion

5.99 Il est partiellement satisfait au critère. La direction du ministère a déclaré être au courant des pertes importantes à la suite d'incendies, puisque, en général, le bâtiment est fortement endommagé. La perte de l'usage du bâtiment ou la nécessité de réparer le bâtiment sont des situations qui touchent directement le ministère.

5.100 Le ministère de l'Approvisionnement et des Services suit la responsabilité pour pertes sur les bâtiments qu'il gère au moyen du système de comptabilité financière de la province. Il ne suit cependant pas les demandes de règlement en matière de responsabilité pour les bâtiments gérés par le MRNE ou le MT.

5.101 Le personnel du ministère a déclaré qu'il utilise cette information pour repérer les possibilités d'atténuation des risques, mais cela est uniquement fait de manière informelle. Donc, étant donné la nature informelle du processus, nous n'avons pas été en mesure de le confirmer.

Recommandation

5.102 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services veille à suivre les renseignements concernant les pertes découlant de risques assurables en matière de responsabilité pour les bâtiments gérés par le MRNE et le MT.

Réponse du ministère

5.103 Le sous-ministre d'Approvisionnement et Services a formulé les commentaires suivants à l'égard de notre rapport :

Je suis d'accord avec votre principe général selon lequel, pour gérer nos bâtiments provinciaux et les protéger contre le risque, le gouvernement devrait avoir en place une approche structurée officielle qui permet :

- *de déterminer les risques importants associés aux bâtiments;*
- *d'analyser et d'évaluer les risques;*
- *d'élaborer des stratégies pour la gestion des risques;*
- *de mettre en œuvre et d'intégrer la gestion des risques;*
- *de mesurer, de surveiller et de faire rapport.*

À mon avis, le personnel du ministère de l'Approvisionnement et des Services assume généralement de telles fonctions de manière responsable.

Vous avez cependant souligné le fait que la documentation relative au plan de gestion des risques, aux procédures et aux rapports n'est pas aussi complète que vous le souhaiteriez. Le ministère met l'accent à l'heure actuelle sur la nécessité d'intensifier ses efforts en matière de documentation.

Je constate aussi que vous faites rapport sur les pressions budgétaires qui ont touché le ministère de l'Approvisionnement et des Services depuis quelques années. La situation a eu des conséquences sur les projets que nous entreprenons et fait en sorte que le ministère centre ses efforts sur les aspects hautement prioritaires pour s'assurer que les risques immédiats sont atténués et que le parc immobilier est géré de manière efficace avec les ressources dont nous disposons.

Le nouveau poste de technologue de la gestion des risques urgents répondra à un certain nombre des points que vous soulevez.

Dans votre rapport, vous mentionnez l'approche adoptée pour la gestion des bâtiments du ministère des Ressources naturelles et du ministère des Transports, et vous vous demandez si le ministère de l'Approvisionnement et des Services remplit adéquatement ses responsabilités. Je tiens à faire valoir que la répartition des responsabilités entre les aspects opérationnels et les aspects relatifs aux immobilisations a été approuvée par le Conseil de gestion.

Le ministère donnera suite à vos recommandations concernant la documentation et il déterminera les ressources dont il a besoin pour combler les lacunes qui, à votre avis, existent. Cependant, j'estime que le ministère assure une gestion efficace des risques avec les ressources dont il dispose et que, comme je l'ai déjà souligné, les problèmes touchent principalement le degré de documentation, et non le niveau de service.

Je crois que les taux de sinistres montrent que les risques sont gérés. [Traduction.]

Chapitre 6
Gouvernance des organismes de la Couronne

Contenu

Contexte 125
Objectif et étendue 128
Résumé des recommandations 129
Priorités clés pour une gouvernance efficace 132

Gouvernance des organismes de la Couronne

Contexte

6.1 Notre bureau a effectué cinq examens de la gouvernance (aussi appelée gouverne ou régie) au cours des dernières années, soit :

- un examen général de divers organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick (1996),
- la Société des loteries de l'Atlantique Inc. (1997),
- les huit corporations hospitalières régionales (1998),
- la Société des alcools du Nouveau-Brunswick (1999),
- le ministère des Finances – caisses de retraite (2000).

6.2 Au 31 mars 2002, les principaux organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick détenaient des biens publics d'une valeur dépassant 4,7 milliards de dollars. Le passif connexe dépassait 4,3 milliards de dollars. Durant l'exercice terminé le 31 mars 2002, ces organismes de la Couronne ont reçu quelque 904,2 millions en fonds provinciaux. De plus, durant l'année, les principaux organismes de la Couronne ont produit des recettes externes se chiffrant à 1,9 milliard, et le total de leurs dépenses a excédé 2,7 milliards. L'importance sur le plan financier des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick, combinée aux nombreux changements récents dans les pratiques exemplaires associées à une bonne gouvernance et au fait qu'aucun soutien global ou conseils généraux ne sont fournis aux organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick ou à leurs conseils d'administration, nous a menés à nous pencher en détail sur ce domaine.

Qu'est-ce qu'une gouvernance efficace?

6.3 La gouvernance peut être définie comme le processus et la structure suivis pour orienter les activités d'une société, avec l'objectif d'atteindre la mission de la société. Le processus et la structure définissent la répartition du pouvoir entre le conseil et la direction. De plus, ils établissent des mécanismes permettant d'assurer la reddition de comptes entre la direction, le conseil d'administration et les actionnaires de la société. En d'autres termes, les régisseurs (c.-à-d. les conseils d'administration) sont censés surveiller les intérêts de l'actionnaire de la société (c.-à.-d. le gouvernement du Nouveau-Brunswick).

6.4 La CCAF/FCVI Inc., un organisme de recherche qui se penche sur la gouvernance et la reddition de comptes dans le secteur public, a mis au point une liste des caractéristiques d'un conseil efficace. Les

conseils qui incarnent véritablement ces caractéristiques assureront une gouvernance et une reddition de comptes efficaces. Selon la CCAF/FCVI, un conseil efficace :

- est composé de membres qui possèdent les connaissances, les compétences et l'engagement nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités;
- comprend ses buts et les intérêts des groupes qu'il représente;
- comprend les objectifs et les stratégies de l'organisation dont il assure la gouvernance;
- connaît et obtient l'information nécessaire pour assurer une bonne gouvernance;
- une fois bien informé, est prêt à agir afin de s'assurer que les objectifs de l'organisation sont atteints et que le rendement est satisfaisant;
- s'acquitte de ses obligations redditionnelles envers ceux et celles dont il représente les intérêts en fournissant de l'information sur le rendement de l'organisation.

6.5 Nous sommes d'avis que des conseils d'organisme de la Couronne efficaces, qui répondent à la définition ci-dessus, sont les mieux placés pour défendre les intérêts du Nouveau-Brunswick et de ses citoyens et jouer un rôle important pour contribuer au succès de leur société.

Pourquoi est-il important d'avoir une gouvernance efficace?

6.6 Au bout du compte, la gouvernance concerne le rendement. Les conseils d'administration sont établis par mesure législative pour améliorer à tous égards le rendement des organismes de la Couronne qu'ils gouvernent. En conséquence, leurs activités en tant qu'administrateurs doivent chercher à promouvoir des activités appropriées pour l'organisme (c.-à-.d. des activités qui rapprochent l'organisme de la Couronne de la réalisation de sa mission). S'il n'atteint pas cet objectif, le conseil n'a alors aucune raison d'exister.

6.7 Le Conference Board du Canada a déclaré ce qui suit dans son bulletin d'information aux membres de septembre 1997 :

> *Il est aujourd'hui largement reconnu qu'une bonne gouvernance d'entreprise mène à de bons résultats pour l'entreprise. La question bénéficie maintenant d'une visibilité beaucoup plus grande, car tant les actionnaires que les administrateurs examinent de très près les pratiques de nos sociétés en matière de gouvernance.* [Traduction.]

6.8 Dans son préambule à ses lignes directrices en matière de gouvernance pour les institutions financières, la Société d'assurance-dépôts du Canada déclare ce qui suit :

> *Le soin, la diligence, la compétence et la prudence avec lesquels agissent les administrateurs* [...] *ont une incidence cruciale sur la viabilité, la fiabilité et la solidité de l'institution, sur sa capacité de mener à bien sa stratégie d'entreprise et d'atteindre ses objectifs commerciaux, et sur son aptitude à engendrer la confiance* [...]
>
> *Une bonne régie d'entreprise est non seulement essentielle à l'efficacité de l'exploitation de n'importe quelle entreprise : elle est aussi indissociable d'une saine gestion. Des études démontrent que les institutions* [...] *qui se dotent d'un solide mécanisme de régie interne s'avèrent plus efficaces et s'adaptent plus rapidement aux changements survenant sur les marchés, mais aussi que les intéressés sont de plus en plus conscients de la corrélation entre une bonne régie et de bons rendements*

6.9 Le commentaire qui suit est tiré d'une étude de 79 grandes caisses de retraite américaines et canadiennes et d'une caisse de retraite hollandaise, et il figurait dans le chapitre sur la gouvernance des régimes de retraite de notre rapport de 2000 :

> *Nous avons pu trouver un lien statistiquement significatif entre le rendement de l'organisation et la conception de l'organisation, mais, encore plus intéressant, et plus particulièrement, nous avons aussi trouvé que la qualité du conseil* [...] *est le facteur le plus important dans le rendement de l'organisation.*

6.10 Inversement, une gouvernance peu efficace par le conseil d'un organisme de la Couronne peut avoir des effets négatifs importants, notamment :

- Un manque de leadership stratégique pour faire en sorte que le mandat pour lequel l'organisation a été créée soit rempli.
- Les pertes et les conséquences politiques connexes qui peuvent se produire en raison d'une gestion inadéquate de risques importants, vu le manque de rigueur du conseil à cet égard.
- Les occasions ratées d'améliorer les services ou le rendement financier parce que le conseil ne prend pas part à une discussion continue sur la stratégie de l'organisme et les moyens de faire avancer la mission de l'organisme, ce qui fait qu'il n'encourage pas

la direction à constamment chercher des moyens d'améliorer le rendement.

- L'incapacité du conseil d'assurer un lien redditionnel complet entre l'organisme de la Couronne et le ministre responsable.
- L'incapacité du conseil de surveiller de manière adéquate le rendement de la haute direction et de lui demander des comptes sur ce rendement.
- Un manque d'optimisation des ressources pour ce qui est des frais d'administration directement associés au fonctionnement et au soutien du conseil d'administration si le conseil ne remplit pas ses rôles et ses responsabilités.

6.11 À notre avis, l'Assemblée législative, qui est un forum composé de représentants de la population du Nouveau-Brunswick, doit s'assurer que les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick sont gouvernés de manière efficace.

Objectif et étendue

6.12 Notre objectif pour ce projet était le suivant :

Résumer les résultats de nos examens des cinq dernières années sur la gouvernance, examiner les pratiques en vigueur ailleurs et formuler des recommandations globales sur les mesures que la province peut adopter pour améliorer la gouvernance des organismes de la Couronne.

6.13 Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné les constatations et la documentation de nos examens précédents sur la gouvernance et assuré un suivi là où il était nécessaire. Nous avons aussi fait une recherche exhaustive sur les pratiques exemplaires en matière de gouvernance dans le secteur privé et le secteur public au Nouveau-Brunswick et ailleurs. De plus, nous avons interviewé des représentants de certains organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick et du Bureau du Conseil exécutif du Nouveau-Brunswick. Enfin, nous avons examiné divers documents d'organismes de la Couronne et effectué des contrôles par sondages limités sur de récentes nominations au conseil d'organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick.

6.14 Les recommandations contenues dans ce chapitre visent deux groupes distincts : le gouvernement central (Conseil exécutif, ministères et autres organisations selon le cas) et les conseils d'administration des organismes de la Couronne. Les recommandations visant les conseils d'administration des organismes de la Couronne s'appliquent surtout aux conseils qui assument au moins une partie de la responsabilité en matière de prise de décision et qui, par conséquent, ont une obligation redditionnelle correspondante à l'égard des résultats atteints (selon qu'il s'agisse de conseils directeurs ou de conseils de gestion administrative, comme nous le décrivons au paragraphe 10.12 de notre rapport de

1996). Lorsque les activités du conseil sont uniquement de nature consultative, les pratiques recommandées ne seront pas nécessairement utiles.

Résumé des recommandations

Recommandations visant le gouvernement central (Conseil exécutif, ministères et autres organisations selon le cas)

6.15 Des mécanismes devraient être établis de façon à prévoir l'échelonnement des dates d'expiration des mandats des membres de conseil afin d'assurer une continuité aux conseils des organismes de la Couronne.

6.16 Le niveau de rémunération actuellement offert aux membres de conseil devrait être examiné pour voir s'il est suffisant pour attirer les meilleurs candidats aux postes d'administrateurs et récompenser correctement les membres de conseil de leurs efforts.

Nominations

6.17 La sélection des membres des conseils des organismes de la Couronne devrait reposer principalement sur la capacité manifeste du candidat ou de la candidate de contribuer à l'amélioration des résultats de l'organisation, et non sur son appartenance à un groupe démographique ou groupe d'intervenants particulier.

Mandats et attentes en matière de rendement

6.18 Les ministères responsables devraient signer des protocoles d'entente avec les organismes de la Couronne pour assurer une compréhension commune du mandat et des attentes en matière de rendement que le gouvernement a établis pour les organismes de la Couronne.

6.19 Au minimum, le gouvernement, représenté par le Conseil de gestion, le Comité des politiques et des priorités ou une entité similaire, devrait régulièrement examiner les plans stratégiques et les plans d'activités de tous les organismes de la Couronne pour s'assurer que l'interprétation par ces organismes des mesures législatives, du mandat et des attentes du gouvernement est compatible avec celle du gouvernement.

6.20 Les ministères responsables devraient surveiller la conformité des organismes de la Couronne à leur propre loi habilitante et aux autres lois pertinentes afin de réduire le risque que des mesures inopportunes soient prises.

6.21 La responsabilité de recruter et d'engager le premier dirigeant de leur organisme devrait être confiée aux conseils de tous les organismes de la Couronne.

Prestation de conseils et de soutien aux organismes de la Couronne

6.22 Le rôle de coordination du Bureau du Conseil exécutif devrait être élargi pour inclure la prestation de conseils et de soutien aux organismes de la Couronne dans certains ou l'ensemble des domaines suivants :

- **établissement et mise à jour périodique des normes de gouvernance visant tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick;**
- **surveillance de la conformité aux normes de gouvernance;**
- **prestation de conseils aux organismes de la Couronne dans l'application des normes de gouvernance;**
- **possibilités de formation sur la gouvernance pour les administrateurs des organismes de la Couronne;**
- **communication du point de vue de l'actionnaire, des priorités du gouvernement et des nouveaux enjeux aux organismes de la Couronne;**
- **prestation de conseils indépendants, sur demande, au Cabinet, aux ministres, aux conseils et aux premiers dirigeants sur le mandat, l'orientation, les plans et le rendement des organismes de la Couronne;**
- **détermination et coordination des principaux projets et questions stratégiques des organismes de la Couronne, au besoin.**

Rapports redditionnels

6.23 Le Bureau du Conseil exécutif devrait surveiller les rapports annuels des organismes de la Couronne pour s'assurer que la directive gouvernementale sur les rapports annuels est respectée.

6.24 La directive gouvernementale sur les rapports annuels devrait être modifiée pour inclure deux nouvelles exigences, soit :

- **Que les rapports annuels des organismes de la Couronne fassent état, lorsqu'il y a lieu, de la contribution de l'organisme au succès des priorités et des initiatives en cours du gouvernement.**
- **Que les rapports annuels des organismes de la Couronne comprennent un énoncé sur les pratiques de gouvernance, semblable à ce que contient le rapport annuel de 2002 de la Société d'énergie du Nouveau-Brunswick.**

Recommandations visant les conseils d'administration des organismes de la Couronne

Nominations

6.25 Les conseils d'administration des organismes de la Couronne devraient fournir aux ministères responsables les critères de sélection employés pour évaluer la candidature des membres potentiels de conseil.

Pratiques exemplaires pour les conseils d'administration

6.26 Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient s'assurer que des normes déontologiques sont établies pour leur organisme et qu'un mécanisme est en place pour surveiller la conformité à ces normes.

6.27 Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient sérieusement envisager de créer un comité de vérification pour renforcer l'examen par le conseil de l'intégrité des contrôles internes et des systèmes d'information de gestion de l'organisme.

6.28 Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient préparer pour leur organisme un énoncé de gouvernance qui décrit :

- **la structure de gouvernance et de reddition de comptes de l'organisme de la Couronne;**
- **les processus et les normes de gouvernance suivis, y compris ce qui est demandé des membres individuels du conseil;**
- **les rôles et les responsabilités du gouvernement, du conseil d'administration et de la direction.**

6.29 L'énoncé de gouvernance devrait être examiné régulièrement et mis à jour au besoin.

6.30 Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient négocier et documenter un protocole d'entente entre leur organisme et le ministre responsable pour établir comment seront traités les aspects importants de la gouvernance, les responsabilités respectives des joueurs clés de la gouvernance, etc.

6.31 Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient réaliser régulièrement des autoévaluations de leur efficacité. Ils devraient aussi envisager d'examiner régulièrement le rendement des membres individuels du conseil.

6.32 Périodiquement, les conseils d'administration de tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick devraient faire un examen critique des rapports qu'ils reçoivent régulièrement de la direction. En particulier, chaque conseil devrait s'assurer :

- **que les rapports présentés sont utiles et suffisamment détaillés pour permettre au conseil de s'acquitter efficacement de l'ensemble de ses rôles et responsabilités en tant que régisseur d'un organisme de la Couronne (par exemple, l'information dont se sert le conseil pour surveiller le rendement de l'organisme devrait porter à la fois sur les objectifs financiers et les objectifs relatifs aux services et être clairement liée aux plans approuvés);**
- **que l'information dont le conseil ne se sert pas soit supprimée des rapports de gestion;**
- **que les rapports soient organisés de manière à faciliter leur consultation par les membres du conseil durant leurs délibérations.**

6.33 Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient régulièrement examiner le rendement du premier dirigeant de l'organisme.

Priorités clés pour une gouvernance efficace

6.34 Dès le départ, nous avons cherché par notre travail sur la gouvernance des organismes de la Couronne à tenter d'accroître l'efficacité de la gouvernance assurée par les conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick. À la lumière des travaux que nous avons effectués dans le domaine depuis cinq ans, nous estimons que quelques priorités clés doivent être prises en compte pour assurer une gouvernance efficace. Ces priorités sont les suivantes :

- Veiller à ce que les membres nommés au conseil possèdent les compétences nécessaires pour contribuer à une gouvernance efficace.
- Veiller à ce que les conseils soient renouvelés régulièrement, tout en assurant une certaine continuité dans la composition du conseil de façon à maintenir une base de connaissances cohérente.
- Veiller à ce que le mandat de chaque organisme de la Couronne soit clairement documenté et accepté à la fois par le gouvernement central et par l'organisme de la Couronne.
- Veiller à ce que les rôles et responsabilités relatifs du Conseil exécutif, du Conseil de gestion, des ministères responsables, des conseils des organismes de la Couronne et de la direction des organismes de la Couronne soient clairement documentés et acceptés par toutes les parties concernées.
- Veiller à ce que les membres des conseils reçoivent une formation et une orientation suffisantes et appropriées pour être en mesure de comprendre et d'appliquer les pratiques exemplaires en cours dans le domaine de la gouvernance.
- Veiller à ce que les membres des conseils reçoivent des renseignements suffisants au sujet du fonctionnement de l'organisme de la Couronne pour leur permettre de remplir leurs rôles et leurs responsabilités.
- Veiller à ce que les membres des conseils comprennent à qui ils doivent rendre des comptes et comment l'obligation redditionnelle doit être remplie.

6.35 Le gouvernement central (soit les ministères responsables, le Conseil exécutif et le Conseil de gestion), les conseils des organismes de la Couronne et la direction des organismes ont tous des rôles importants à jouer dans l'atteinte des sept priorités susmentionnées. À notre avis, si les joueurs clés gardent constamment à l'esprit les priorités énoncées, il

s'ensuivra des organismes de la Couronne qui sont dotés de conseils compétents, munis des connaissances dont ils ont besoin pour être efficaces. Il revient alors aux conseils de déployer les efforts nécessaires pour gouverner avec efficacité. Une fois ce but atteint, le rôle principal du gouvernement central est alors de surveiller les conseils des organismes de la Couronne pour s'assurer qu'ils s'acquittent correctement de leurs obligations redditionnelles.

Nominations aux conseils

6.36 « On dit que les meilleures sociétés ont des conseils d'administration qui posent les questions difficiles. Cela est particulièrement important dans le cas des sociétés d'État, parce que mettre en balance la gestion des affaires publiques et les objectifs commerciaux est la partie la plus difficile du travail. » (Annette Verschuren, ancienne membre du conseil d'administration de la Cape Breton Development Corporation et présidente de Home Depot Canada.)

6.37 Il est largement admis au sein de l'école de pensée actuelle sur la gouvernance que, pour avoir une gouvernance efficace, il faut d'abord avoir les bonnes personnes qui occupent les bons postes, des personnes qui veulent et peuvent poser les questions difficiles qui doivent être posées. Cela signifie qu'il faut avoir en place un groupe d'administrateurs qui peut assurer un leadership stratégique ferme. Cependant, il arrive souvent que le mode de nomination dans les secteurs public et privé n'entraîne pas la nomination des meilleurs candidats aux conseils. John Carver, auteur de l'important ouvrage de référence sur la gouvernance intitulé *Boards That Make a Difference*, a déclaré ce qui suit :

> *Après avoir travaillé en étroite collaboration avec des conseils durant une vingtaine d'années, j'en suis venu à penser que nous remplissons les sièges des conseils assez cavalièrement et que nous nommons souvent des personnes pour toutes les mauvaises raisons. Soyons honnêtes. Pour être nommée à un conseil, il suffit souvent qu'une personne ait du temps, qu'elle s'insère dans un groupe démographique particulier ou, dans le cas des nominations politiques, qu'on lui doive une faveur. Parfois, la seule exigence à l'endroit d'un membre de conseil potentiel est que la personne ait à cœur la mission de l'organisation. Souvent, les personnes choisies sont très douées dans leur domaine, mais leurs compétences ne les préparent pas nécessairement à remplir leur rôle efficacement au conseil. La plupart des conseils congédieraient leur premier dirigeant s'il remplissait des postes de manière aussi aléatoire que les nominations qu'ils font au conseil.* [Traduction.]

6.38 Il ajoute que :

> *Il est devenu politiquement correct de soutenir que n'importe qui est tout aussi capable de s'acquitter des responsabilités d'un conseil, ce qui est absolument faux.* [Traduction.]

6.39 Le Conference Board du Canada, un chef de file dans la promotion d'une gouvernance d'entreprise efficace, a déclaré ce qui suit :

> *Il faut clairement comprendre les besoins de l'entreprise et ceux du conseil, puis activement chercher la personne qui convient le mieux. Les responsables du recrutement rechercheront l'indépendance d'esprit, le bon sens, la capacité de travailler en groupe, la diversité et une expérience approfondie.* [Traduction.]

La situation au Nouveau-Brunswick

6.40 La grande majorité des nominations d'administrateurs aux conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick sont faites par le lieutenant-gouverneur en conseil, comme il est précisé dans les mesures législatives établissant chaque organisme de la Couronne. Dans les faits, les nominations se déroulent généralement comme suit :

1. Le ministère responsable de l'organisme de la Couronne en question trouve et approche une personne pour remplir le poste vacant. Le ministère peut ou non consulter le conseil de l'organisme de la Couronne, des groupes d'intervenants et autres parties concernées pour la recherche d'une personne et l'évaluation de sa candidature.

2. Le ministère prépare ensuite une présentation au Conseil exécutif selon le *Manuel des procédures : Présentation des documents du Conseil exécutif*. Le manuel exige que les ministères incluent les renseignements suivants :

   - L'adresse et les titres et qualités des personnes visées.

   - Les circonstances ayant donné lieu à la vacance, par exemple une démission, un décès, un renvoi ou l'expiration d'un mandat.

   - Les noms et adresses de tous les autres membres du conseil ou de la commission ainsi que la date d'expiration de leur mandat respectif.

   - Une attestation que la ou les personnes proposées en vue d'une nomination répondent à toutes les exigences législatives relatives au poste.

3. Le Conseil exécutif se sert des renseignements fournis et de tout autre apport pertinent des membres du Cabinet pour déterminer si la personne qui est recommandée convient au poste à pourvoir.

4. Une fois la nomination approuvée par le Conseil exécutif, un ordre en conseil en témoignant, le ministère est chargé d'avertir la personne de sa nomination et de lui fournir tout autre renseignement nécessaire.

6.41 Aucune exigence particulière n'est énoncée par le Conseil exécutif à l'endroit des ministères pour la détermination et l'évaluation des administrateurs potentiels, et il n'est pas exigé non plus que les besoins du conseil en question soient définis. Cependant, un représentant du Conseil exécutif a déclaré qu'il est compris par tous les ministères que les nominations doivent prendre en compte la qualité des candidats, la proportion hommes-femmes, l'équilibre linguistique et l'équilibre géographique.

6.42 Chaque mesure législative habilitante prévoit un cadre légèrement différent pour le recrutement des nouveaux administrateurs. Elle peut préciser les groupes au sein desquels les candidats doivent être choisis, la durée du mandat auquel les personnes peuvent être nommées, etc.

Pratiques exemplaires dans la nomination des membres des conseils

6.43 Dans un rapport préparé en 1998 par le Forum des politiques publiques intitulé *Protecting the Shareholder - A Review of the Governance Structure of Canadian Crown Corporations* [Protéger l'actionnaire : examen des structures de gouvernance des sociétés d'État canadiennes], on peut lire ce qui suit :

> *Une façon d'améliorer la gouvernance des sociétés d'État est de se pencher sur le mode de nomination des administrateurs aux conseils de ces sociétés. La question n'est pas de savoir si le gouvernement devrait exercer son droit de nommer des personnes à ces conseils. La véritable question n'est pas non plus l'allégeance politique des personnes nommées. La compétence et une expérience pertinente doivent être les critères primordiaux sur lesquels se fondent les nominations aux conseils des sociétés d'État. Les sociétés d'État devraient communiquer à leurs ministres responsables les domaines de spécialité qui manquent au conseil actuel.* [Traduction.]

6.44 Nous appuyant sur notre travail relatif à la gouvernance, nous croyons que trois étapes distinctes devraient guider la sélection de candidats à des postes d'administrateurs :

- déterminer les compétences requises des candidats potentiels (c.-à-d. préparer des critères de sélection);
- déterminer les personnes disponibles qui répondent le mieux aux exigences établies par les critères de sélection;
- recommander leur nomination au Conseil exécutif.

6.45 La première étape dans la sélection de membres de conseil est de définir et de documenter exactement le genre de compétences générales

et particulières que devraient posséder les nouveaux membres du conseil. Comme on peut s'y attendre, le conseil de chaque organisme de la Couronne est le mieux placé pour le faire.

6.46 La deuxième étape consiste à repérer des candidats qui possèdent les compétences nécessaires. Les intervenants, les conseils et la haute direction des organismes de la Couronne et le gouvernement central peuvent tous participer à la détermination de candidats. Il est toutefois d'une importance cruciale que des modalités soient prévues pour évaluer les candidats en rapport avec les critères de sélection avant que leur nomination soit recommandée.

6.47 Il semble logique, pour choisir de nouveaux membres, que les conseils des organismes de la Couronne préparent des critères de sélection écrits et qu'ils évaluent les candidats en rapport avec ces critères. Un organisme de la Couronne n'engagerait pas un employé sans avoir une idée des compétences qu'il cherche à ajouter. Plus important encore est peut-être que les ministères responsables ne devraient pas recommander la nomination au conseil d'une personne en particulier sans savoir au préalable si cette personne possède l'ensemble de compétences nécessaire pour bien jouer son rôle de membre du conseil en question. Cependant, à la lumière de notre travail antérieur, nous sommes d'avis que les conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick n'ont pas pris les devants pour fournir de tels critères de sélection aux décisionnaires, et les décisionnaires ne leur ont pas non plus demandé de le faire.

6.48 Nous avons relevé un cas dans lequel le conseil de l'organisme de la Couronne offre des renseignements utiles pour aider à la sélection de nouveaux membres. La candidature de la plupart des personnes nommées au conseil de la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail est recommandée par des groupes d'intervenants et automatiquement approuvée par le gouvernement central. Pour aider les groupes d'intervenants à choisir de bons candidats, les administrateurs de la CSSIAT ont rédigé un document qui traite des fonctions et des responsabilités des membres du conseil. Pour l'instant, le conseil ne fournit pas de critères de sélection au ministère de la Formation et du Développement de l'emploi, mais il se peut qu'il le fasse à l'avenir.

Rémunération

6.49 En général, siéger au conseil d'administration d'un organisme de la Couronne du Nouveau-Brunswick est perçu comme un service public. La rémunération est symbolique et non un encouragement à accepter une nomination à un conseil, alors que les fonctions ne diffèrent pas tellement de celles des membres de conseils du secteur privé, lesquels sont habituellement rémunérés. Différents représentants d'organismes de la Couronne nous ont dit que l'absence de rémunération pour les administrateurs fait qu'il est parfois difficile d'attirer des candidats. Il faut reconnaître qu'il y a compromis entre la rémunération des

administrateurs et la capacité d'attirer les meilleurs candidats possibles pour siéger aux conseils des organismes de la Couronne.

Nominations selon la représentation

6.50 Comme nous l'avons mentionné, l'un des principes qui sous-tend la sélection des personnes nommées aux conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick est d'assurer une représentation adéquate sur le plan régional et linguistique et quant à la proportion hommes-femmes. Il semble que ce soit un principe courant ailleurs aussi, d'après ce que nous avons vu durant notre travail. Cependant, nous tenons à souligner que l'adoption de ce principe signifie des compromis. Considérons les propos qui suivent de John Carver.

> *Tandis que le sexe, la couleur de la peau et l'ethnicité ont un rôle à jouer dans la sélection des membres, choisir les « meilleures » personnes tient moins à la manière dont nous répartissons le genre humain qu'aux compétences, à la personnalité et à l'expérience de vie qui rendent une personne apte à siéger à un conseil.* [Traduction.]

6.51 Nous sommes d'avis que la raison première qui doit guider la nomination d'une personne au conseil d'un organisme de la Couronne est la croyance selon laquelle cette personne contribuera à l'amélioration des résultats de l'organisation. Les citoyens du Nouveau-Brunswick ne devraient pas s'attendre à moins. L'inclusion en soi ne devrait pas être une priorité. Restreindre certaines nominations à des groupes particuliers de résidents du Nouveau-Brunswick veut dire qu'on restreint l'éventail de candidats potentiels, ce qui diminue les chances d'obtenir la personne qui convient le mieux au poste à pourvoir.

6.52 Par ailleurs, l'inclusion de membres de conseil qui représentent des groupes d'intervenants particuliers amène effectivement à la table du conseil des points de vue importants et peut aider le conseil à mieux comprendre les besoins de ces groupes. En revanche, cette approche signifie aussi qu'on accorde un statut particulier aux groupes représentés au conseil comparativement à d'autres groupes ayant un intérêt dans l'organisation. Dans une telle situation, le conseil doit activement rechercher les points de vue des intéressés non représentés, et non pas présumer que tous les points de vue importants sont déjà représentés à la table du conseil.

6.53 Une autre préoccupation connexe est le fait que certaines lois habilitantes prévoient qu'une partie des membres du conseil doivent être choisis par des groupes d'intérêt ou d'intervenants particuliers. La difficulté survient à la table du conseil. Le membre représente-t-il l'intérêt supérieur de l'organisme de la Couronne (c.-à-d. qu'il rend des comptes au ministre responsable) ou l'intérêt supérieur du groupe qui l'a nommé (c.-à-d. qu'il rend des comptes au groupe qui l'a nommé)? De plus, comment ces obligations redditionnelles contradictoires peuvent-elles être conciliées? Les membres du conseil peuvent se sentir obligés

de représenter les intérêts des intervenants de l'organisation qu'ils servent. En conséquence, ces conseils d'administration n'agissent peut-être pas dans l'intérêt supérieur des contribuables du Nouveau-Brunswick.

6.54 Si la démarche de sélection des membres de conseil est davantage axée sur les qualités et moins soucieuse de la représentation, il incombe alors au conseil d'obtenir l'apport de tous les groupes intéressés pour gouverner l'organisme de la Couronne. Effectivement, l'un des rôles clés de tout conseil d'administration est de mettre au point une stratégie de communication pour l'organisation, y compris des stratégies visant à obtenir les rétroactions des parties intéressées. En d'autres termes, un conseil qui gouverne efficacement, quel que soit le mode de sélection de ses membres, prendra en considération les points de vue des intervenants dans les décisions qu'il prend.

Recommandations – Nomination des administrateurs

6.55 Nous formulons les recommandations qui suivent concernant la nomination des administrateurs aux conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick :

- **Les conseils d'administration des organismes de la Couronne devraient communiquer aux ministères responsables les critères de sélection pour l'évaluation des candidatures à des postes de conseil.**
- **Le niveau de rémunération actuellement offert aux membres de conseil devrait être examiné pour voir s'il est suffisant pour attirer les meilleurs candidats aux postes d'administrateurs et récompenser correctement les membres de conseil de leurs efforts.**
- **La sélection des membres des conseils des organismes de la Couronne devrait reposer principalement sur la capacité manifeste du candidat ou de la candidate de contribuer à l'amélioration des résultats de l'organisation, et non sur son appartenance à un groupe démographique ou groupe d'intervenants particulier.**

Opportunité et continuité des nominations au Nouveau-Brunswick

6.56 Comme nous l'avons mentionné, il n'y a pas au Nouveau-Brunswick d'organisme central qui veille au renouvellement des conseils des organismes de la Couronne. Ce sont plutôt les ministères individuels qui surveillent l'état des conseils des organismes de la Couronne dont ils sont responsables et qui prennent des mesures pour remplir les postes aux conseils au besoin.

6.57 Dans notre rapport de 2001, nous notions ce qui suit au paragraphe 1.25 :

> *quatre organismes publics ne sont pas dotés d'un conseil d'administration correctement constitué. Nous avons*

découvert que les mandats des administrateurs de la Commission de l'assurance-récolte du Nouveau-Brunswick et de la Société de Kings Landing avaient expiré. Le conseil de la Société de Kings Landing continue toutefois à exercer ses fonctions. Les conseils du Conseil de la jeunesse du Nouveau-Brunswick et de la Fondation des bibliothèques publiques du Nouveau-Brunswick ne sont pas suffisamment nombreux pour constituer un quorum.

6.58 Vu le nombre élevé de ministères qui participent au processus de nomination, et à la lumière de notre observation précédente, nous avons décidé de voir si les nominations actuelles aux conseils sont à jour et si les dates d'expiration des mandats des administrateurs actuels ont été échelonnées pour assurer une continuité aux conseils. Dans les faits, nous voulions savoir s'il y a uniformité parmi les ministères. Nous avons effectué des contrôles par sondages visant le conseil de neuf des organismes de la Couronne les plus importants, ce qui nous a permis de formuler un certain nombre d'observations.

6.59 Du côté positif, nous avons trouvé quatre conseils d'organisme de la Couronne où les nominations étaient entièrement à jour et dont les dates d'expiration des mandats de ses membres étaient échelonnées pour assurer une continuité à la table du conseil (la Société de gestion des placements du Nouveau-Brunswick, la Société d'énergie du Nouveau-Brunswick, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail et Services Nouveau-Brunswick).

6.60 Toutefois, dans deux des neuf organismes de la Couronne, des personnes dont le mandat avait expiré siégeaient toujours au conseil. Dans un cas, le mandat du membre avait expiré en 2002. Dans l'autre cas, plus sérieux, seulement sept des nominations étaient à jour. L'effectif complet du conseil était de 15 membres. Parmi les huit autres postes au conseil, trois étaient assumés par des membres dont le mandat avait expiré (un en 2000 et deux en 1998). Les cinq autres postes étaient vacants.

6.61 La loi habilitante de l'un des organismes de la Couronne précise ceci : « un membre du Conseil doit, nonobstant l'expiration de son mandat, rester en fonction jusqu'à sa démission, sa renomination ou son remplacement. » Une clause équivalente existe dans la loi de l'autre organisme de la Couronne. À notre avis, toutefois, il est important de voir à ce que les nominations aux conseils soient à jour, même lorsque les membres en poste acceptent que leur mandat soit reconduit. Le renouvellement des conseils donne au Conseil exécutif l'occasion d'examiner les nominations pour juger si elles sont toujours appropriées.

6.62 En ce qui concerne la continuité des conseils, nous avons observé que quatre des neuf organismes de la Couronne verront le

mandat de tous leurs membres expirer à peu près en même temps. Dans de telles circonstances, assurer une continuité du processus et le maintien de la base de connaissances au sein de ces conseils pourrait s'avérer difficile. Le remplacement en bloc des conseils tend à diminuer l'efficacité de la gouvernance, par exemple par la perte de continuité dans les pratiques exemplaires établies; c'est une situation qu'il faut le plus possible tenter d'éviter.

6.63 Nous croyons comprendre que les résultats que nous avons observés représentent en fait une amélioration par rapport à la situation passée. Le Bureau du Conseil exécutif et les ministères responsables ont activement pris des mesures pour améliorer l'opportunité des nominations aux conseils. Nous avons aussi constaté que le Bureau du Conseil exécutif est en voie d'élaborer une méthode pour améliorer le suivi des nominations aux conseils, méthode qui, notamment, rappellera aux ministères les dates d'expiration qui approchent.

Recommandation – Opportunité et continuité des nominations aux conseils

6.64 Nous formulons la recommandation qui suit concernant l'opportunité et la continuité des nominations au conseil des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick :

- **Une méthode devrait être établie pour assurer l'échelonnement des dates d'expiration des nominations aux conseils afin de maintenir la continuité au sein des conseils des organismes de la Couronne.**

Mandat et attentes en matière de rendement

6.65 Quelles que soient les qualités qu'ils possèdent, les membres d'un conseil d'administration ne peuvent être efficaces s'ils ne comprennent pas parfaitement le mandat de l'organisation, les attentes de ceux envers qui ils doivent rendre des comptes (c.-à-d. l'actionnaire de la société), et la loi habilitante qui établit l'organisme de la Couronne qu'ils gouvernent. En particulier, le mandat de l'organisation et les attentes de l'actionnaire formeront la base du leadership stratégique qu'offrira le conseil d'administration. Dans l'approbation des stratégies et des priorités de l'organisme, les conseils d'administration des organismes de la Couronne doivent trouver le juste équilibre entre les politiques publiques et les objectifs commerciaux. Si l'on ne comprend pas bien ce qu'il est exigé, le choix des stratégies et des priorités peut facilement relever du domaine de la conjecture.

Rôle de l'actionnaire dans l'établissement du mandat et des attentes en matière de rendement

6.66 Alors, qui sont les actionnaires des organismes de la Couronne? En bout de ligne, ce sont les citoyens du Nouveau-Brunswick, qui sont représentés par l'Assemblée législative. La responsabilité de tenir les organismes de la Couronne redevables de leur rendement est attribuée aux ministres de la Couronne. Ces ministres, qui sont aussi les représentants du gouvernement dont ils font partie, sont à leur tour redevables de ce rendement à l'Assemblée législative.

Lois habilitantes

6.67 La loi habilitante établit des lignes directrices générales pour l'organisme de la Couronne et elle décrit en détail les services que

fournira l'organisme et, dans certains cas, la manière dont il le fera. La loi établit aussi des paramètres de gouvernance pour l'organisme de la Couronne, y compris la relation entre l'organisme et le gouvernement central. La loi, de plus, assigne des responsabilités et détermine les moyens par lesquels les obligations redditionnelles doivent être remplies.

Mandat

6.68 Le mandat d'une organisation est tout simplement sa raison d'être. Dans quel secteur œuvre-t-il? Quels produits et services doit-elle fournir? Qui est sa clientèle? Quel est le niveau de rendement qui est attendu de l'organisation? Quelles sont les limites qui lui sont imposées? À notre avis, le gouvernement devrait s'assurer qu'il existe un énoncé précis du mandat de chaque organisme de la Couronne et veiller à ce que les besoins et les intérêts des citoyens du Nouveau-Brunswick soient suffisamment pris en compte dans chaque cas.

6.69 Certains avanceront que la loi habilitante offre suffisamment de balises aux conseils des organismes de la Couronne en ce qui a trait à leur mandat. À notre avis, cependant, une loi habilitante n'est pas un guide complet à cet égard. Ainsi, la loi habilitante :

- est habituellement très générale;
- dans de nombreux cas, a été rédigée il y a un certain nombre d'années et n'est pas nécessairement à jour;
- ne fait aucune mention d'exigences clés d'autres mesures législatives provinciales;
- ne contient généralement pas d'énoncé d'objet explicite.

6.70 Nous sommes donc d'avis que, pour avoir un mandat à jour et suffisamment détaillé, un encadrement additionnel s'impose.

6.71 Par exemple, la *Loi sur la Société des alcools du Nouveau-Brunswick* précise que :

> *La Société a pour objet d'exercer l'activité générale de fabriquer, d'acheter, d'importer et de vendre des boissons alcooliques de quelque genre ou désignation que ce soit.*

6.72 On y lit également que :

> *Le Conseil gère commercialement les affaires de la Société et toutes les décisions et actions du Conseil doivent être fondées sur des pratiques commerciales saines.*

6.73 Tandis que la loi habilitante énonce clairement ce qui est attendu de la société, elle a des lacunes à d'autres égards. Ainsi, elle ne pose aucune limite à la capacité de la Société des alcools d'atteindre son objet

tel qu'il est défini dans sa loi habilitante, alors que certaines limites pourraient être appropriées (p. ex., activités de promotion ou techniques de marketing acceptables). Par ailleurs, la loi habilitante ne précise pas quel est le rendement attendu (p. ex., les activités de la Société des alcools sont-elles censées produire un rendement net pour la province?) Notons également que, malgré l'article sur l'objet cité ci-dessus, la société ne fabrique pas de boissons alcooliques. Le conseil d'administration doit parfaitement comprendre ce que le gouvernement attend de lui afin de pouvoir élaborer des stratégies pertinentes. Nous croyons qu'une telle compréhension est le mieux expliquée dans un document unique et complet sur le mandat.

6.74 Nous pensons que le gouvernement a une autre responsabilité à l'égard du mandat. Plus particulièrement, le gouvernement devrait s'assurer que le mandat des organismes de la Couronne est régulièrement examiné pour déterminer s'il demeure pertinent, y compris vis-à-vis des objectifs financiers et d'intérêt public. À notre avis, la raison pour laquelle un organisme de la Couronne distinct gère un programme ou un groupe de programmes doit être très convaincante. Par exemple, rien n'explique clairement dans la loi sur la Société des alcools pourquoi c'est le secteur public qui doit s'occuper des quatre activités énumérées. Ainsi, on pourrait se demander pourquoi un organisme de la Couronne a besoin d'intervenir dans la fabrication de boissons alcooliques, puisqu'il s'agit d'un secteur privé déjà bien pourvu de participants.

6.75 Nous avons constaté avec plaisir que le gouvernement actuel du Nouveau-Brunswick a récemment mené un examen du mandat de tous les organismes, conseils et commissions de la province. Cet examen des organismes, conseils et commissions a mené à l'abolition de certains organismes de la Couronne dont le mandat n'était plus considéré comme pertinent ou qui ne s'insérait plus dans le cadre des stratégies et priorités du gouvernement actuel. En revanche, nous croyons comprendre qu'il s'agissait d'un examen unique et que rien n'est prévu pour effectuer ultérieurement des examens périodiques du mandat des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick établis. Voilà qui crée un risque que certains organismes de la Couronne n'ayant aucune pertinence en rapport avec les priorités publiques continuent à fonctionner et à utiliser des ressources publiques très limitées.

Attentes du gouvernement

6.76 Par attentes du gouvernement, nous entendons les résultats que le gouvernement attend des organismes de la Couronne. Les attentes du gouvernement peuvent refléter des facteurs tels que les politiques et les priorités du gouvernement, les niveaux de service visés ou des cibles de rendement financières. Encore ici, pour remplir son rôle de représentant des citoyens du Nouveau-Brunswick, le gouvernement devrait régulièrement énoncer les résultats qu'il attend des organismes de la Couronne. L'établissement des cibles de rendement ne peut être laissé uniquement aux organismes de la Couronne, et rien dans les lois habilitantes que nous avons examinées n'en traite. Par exemple, le

gouvernement du Nouveau-Brunswick a créé un Plan de prospérité, dont l'un des piliers est l'innovation, un domaine dans lequel le Conseil de la recherche et de la productivité du Nouveau-Brunswick travaille depuis sa fondation dans les années 1960. Donc, une étape importante sur laquelle le gouvernement devrait se pencher pour assurer une mise en œuvre réussie du plan serait de communiquer à des organisations comme le CRP les attentes précises du gouvernement quant à la participation de l'organisme à la réalisation du plan.

Assurer la conformité aux mesures législatives

6.77 Nous pensons que le gouvernement, et en particulier les ministères responsables, a la responsabilité de voir au respect des lois habilitantes des organismes de la Couronne. Cependant, pour autant que nous le sachions, personne au gouvernement ne surveille la conformité à ces lois à l'heure actuelle. En conséquence, il se pourrait que des organismes de la Couronne adoptent des mesures mal choisies sans que le gouvernement en ait connaissance. Nous estimons que le gouvernement devrait prendre des mesures pour gérer ce risque.

Compréhension du mandat et des attentes du gouvernement par le conseil d'administration

6.78 Il est très important que le gouvernement central s'assure que les conseils d'administration des organismes de la Couronne comprennent et acceptent le mandat et les attentes en matière de rendement établis pour leur organisme. Un moyen pratique d'y parvenir, moyen que plusieurs organisations du secteur public au Canada ont adopté, dont la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail du Nouveau-Brunswick, est de mettre au point un protocole d'entente entre l'organisme de la Couronne et le ministère responsable de l'organisme.

6.79 En dépit de l'exemple de la CSSIAT, le gouvernement du Nouveau-Brunswick n'a jamais vraiment bien réussi à communiquer sa compréhension du mandat et des attentes en matière de rendement relativement aux organismes de la Couronne. De nombreux représentants d'organismes de la Couronne avec qui nous nous sommes entretenus ont souligné que la communication avec le gouvernement central aux fins de déterminer les priorités du gouvernement est depuis longtemps un problème. Dans un cas, le représentant de l'organisme de la Couronne nous a dit tenter de « lire dans le marc de café » ce que le gouvernement attendait de l'organisme tant pour le mandat que pour le rendement.

Examen des plans stratégiques et des plans d'activités

6.80 En arriver à une compréhension commune du mandat et des attentes du gouvernement n'est pas nécessairement, en soi, un moyen efficace d'assurer l'exécution des désirs du gouvernement par les organismes de la Couronne. Le gouvernement devrait aussi s'assurer que l'interprétation que fait l'organisme de la Couronne des mesures législatives, du mandat et des attentes du gouvernement correspond à la sienne, ce qui peut être fait par l'examen et l'approbation du plan stratégique et du plan d'activités de l'organisme.

6.81 À notre avis, un examen des plans des organismes de la Couronne devrait comprendre à tout le moins une réflexion approfondie en réponse aux questions suivantes :

- Comment l'organisme interprète-t-il son mandat, et cette interprétation est-elle compatible avec celle du gouvernement central?
- Les objectifs, les stratégies et les cibles de l'organisme sont-ils appropriés?
- Les plans de l'organisme s'inscrivent-ils bien dans les politiques et les priorités du gouvernement?
- Le mandat de l'organisme semble-t-il toujours pertinent à la lumière des plans et des priorités actuels du gouvernement?
- Les plans sont-ils conformes à la loi habilitante de l'organisme de la Couronne et à d'autres mesures législatives pertinentes?

6.82 Plusieurs avantages découlent d'un examen régulier des plans des organismes de la Couronne.

- Un examen régulier permet au gouvernement de maintenir un dialogue constant avec les organismes de la Couronne, ce qui diminue le risque que l'organisme interprète mal les priorités du gouvernement. Un représentant du Bureau du Conseil exécutif a déclaré que le gouvernement prône une approche descendante de la planification stratégique au gouvernement. En d'autres termes, les plans stratégiques des ministères et, par extension, ceux des organismes de la Couronne doivent se fonder sur les priorités stratégiques provinciales. Le Bureau du Conseil exécutif croit également que la mesure du rendement devrait essentiellement porter sur les priorités du gouvernement telles que le Plan de prospérité. En conséquence, il serait tout à fait sensé que le gouvernement examine les plans des organismes de la Couronne pour s'assurer qu'ils s'inscrivent dans les priorités du gouvernement.
- Un examen régulier offre au gouvernement la possibilité de revoir périodiquement les mandats des organismes de la Couronne pour déterminer s'ils demeurent pertinents.
- Un examen régulier peut encourager les organismes de la Couronne, menés par leur conseil d'administration, à faire une meilleure planification pour l'organisme. Dans nos travaux relatifs à la gouvernance des dernières années, nous avons observé que certains organismes de la Couronne avaient un plan stratégique et un plan d'activités désuets ou insuffisants pour répondre à leurs besoins.

6.83 Dans nos travaux sur la gouvernance, nous avons constaté que, tandis que le Conseil de gestion examinait le plan d'activités de certains organismes de la Couronne, ce n'était pas le cas pour bon nombre des organismes. Le plan stratégique des organismes de la Couronne n'est examiné ni par le Conseil de gestion, ni par d'autres au gouvernement central.

6.84 D'autres gouvernements ont une démarche plus proactive en ce qui concerne l'examen des plans de leurs organismes de la Couronne. Ainsi, la *Loi sur l'administration financière* fédérale comprend l'exigence suivante :

> *Chaque société d'État* [...] *établit annuellement un plan d'entreprise qu'elle remet au ministre de tutelle pour* [...] *que celui-ci* [...] *en recommande l'approbation au gouverneur en conseil.* [...] *Le plan d'une société d'État* [...] *comporte notamment les renseignements suivants :*
>
> - *les buts pour lesquels elle a été constituée*
> - *ses objectifs pour la durée du plan*

6.85 Nous pensons que l'examen par le gouvernement des plans des organismes de la Couronne est une étape nécessaire pour veiller à ce que ces organismes interprètent correctement les priorités du gouvernement et qu'elles aient, en conséquence, des activités planifiées qui ont rapport avec les objectifs financiers et d'intérêt public actuels.

Recommandations – Mandat et attentes du gouvernement en matière de rendement

6.86 Nous formulons les recommandations qui suivent concernant le mandat et les attentes du gouvernement en matière de rendement pour les organismes de la Couronne :

- **Les ministères responsables devraient signer des protocoles d'entente avec les organismes de la Couronne pour assurer une compréhension commune du mandat et des attentes en matière de rendement que le gouvernement a établis pour les organismes de la Couronne.**

- **Au minimum, le gouvernement, représenté par le Conseil de gestion, le Comité des politiques et des priorités ou une entité similaire, devrait régulièrement examiner les plans stratégiques et les plans d'activités de tous les organismes de la Couronne pour s'assurer que l'interprétation par ces organismes des mesures législatives, du mandat et des attentes du gouvernement est compatible avec la sienne.**

- **Les ministères responsables devraient surveiller la conformité des organismes de la Couronne à leur propre loi habilitante et aux autres lois pertinentes de façon à réduire le risque que des mesures inopportunes soient prises.**

Rôles et responsabilités en matière de gouvernance

6.87 Pour assurer une gouvernance efficace des organismes de la Couronne, il est important que les joueurs clés de la gouvernance comprennent clairement leurs rôles et leurs responsabilités de même que d'autres aspects du régime de gouvernance au sein duquel ils travaillent.

Rôles et responsabilités du gouvernement

6.88 Voici une liste des fonctions clés de l'actionnaire des organismes de la Couronne (c.-à-d. le gouvernement du Nouveau-Brunswick représenté par les ministres responsables), fondée sur des pratiques exemplaires observées ailleurs.

- Adopter une loi habilitante pour créer l'organisme de la Couronne et établir son mandat.
- S'assurer qu'une structure de gouvernance appropriée est mise en place pour l'organisme de la Couronne.
- Recruter et nommer des membres au conseil.
- Maintenir un dialogue constant avec l'organisme de la Couronne en ce qui concerne les politiques, les priorités et les attentes en matière de rendement du gouvernement.
- Veiller à ce que la loi habilitante soit respectée.
- S'assurer que le conseil et la direction de l'organisme de la Couronne interprètent correctement l'orientation du gouvernement dans leurs plans et leurs stratégies.
- S'assurer que les administrateurs du conseil de l'organisme de la Couronne comprennent les attentes du gouvernement à leur égard.
- S'assurer que les administrateurs reçoivent la formation, les conseils et le soutien dont ils ont besoin pour gouverner efficacement l'organisme de la Couronne.
- Veiller à l'exécution adéquate des obligations redditionnelles du conseil d'administration de l'organisme de la Couronne.

6.89 Ces rôles et ces responsabilités font l'objet d'une discussion plus approfondie ailleurs dans le présent chapitre.

Rôles et responsabilités des conseils d'administration des organismes de la Couronne

6.90 Nous croyons qu'un conseil d'administration efficace a une idée claire de ce qu'il tente d'accomplir. Il doit notamment, pour cibler ses efforts, établir ses rôles et ses responsabilités à titre de conseil et mettre ceux-ci par écrit.

6.91 La liste qui suit est un résumé de ce qui, à notre avis, devrait constituer les rôles et les responsabilités clés des conseils d'administration des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick. La liste a été élaborée à partir des renseignements contenus

dans des documents connexes préparés par des organisations comme la Bourse de Toronto, la Société d'assurance-dépôts du Canada, le Conference Board du Canada, la CCAF/FCVI et d'autres, et de notre connaissance des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick.

- Approuver le plan stratégique et le plan d'activités de l'organisme et surveiller les progrès de la direction en vue de leur réalisation.
- S'assurer que les principaux risques à l'organisme de la Couronne ont été cernés et qu'ils sont gérés de manière adéquate.
- Recruter, engager, surveiller et évaluer le rendement du premier dirigeant.
- Approuver les normes déontologiques de l'organisme de la Couronne et surveiller la conformité à ces normes.
- Assurer l'intégrité des contrôles internes et des systèmes d'information de gestion de l'organisme de la Couronne.
- Mesurer le rendement de l'organisme de la Couronne et faire régulièrement rapport sur le rendement au gouvernement et à d'autres intervenants.
- Préparer et tenir des documents qui expliquent les aspects clés de la gouvernance de l'organisme de la Couronne.
- Constamment s'efforcer d'améliorer l'efficacité de la gouvernance assurée par le conseil.

Pratiques exemplaires dans le domaine de la gouvernance d'entreprise

6.92 Les résultats obtenus par les conseils d'administration des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick dans l'exécution des rôles et des responsabilités énumérés ci-dessus sont quelque peu mitigés. Nous pensons que certains aspects nécessitent des améliorations.

6.93 Dans les paragraphes qui suivent, nous discutons d'un certain nombre de pratiques exemplaires que, à notre avis, tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick devraient suivre.

Relation des conseils des organismes de la Couronne avec leur premier dirigeant

6.94 Le recrutement et l'engagement des premiers dirigeants des organismes de la Couronne est un sujet de discorde presque partout au Canada, et le Nouveau-Brunswick ne fait pas exception. Bon nombre des premiers dirigeants des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick sont recrutés et engagés par le gouvernement central.

6.95 Le fait que le premier dirigeant des organismes de la Couronne soit nommé par le gouvernement central rend très difficile l'établissement de relations redditionnelles normales. Si le conseil ne peut ni engager ni congédier son premier dirigeant, le premier dirigeant

est-il réellement redevable au conseil, ou cette personne est-elle en fait directement redevable au gouvernement? Et, si le conseil d'administration est exclu de la chaîne de responsabilité, a-t-il réellement un rôle pertinent à jouer dans la prise de décision? Nous pensons que les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient être chargés de l'engagement et, s'il y a lieu, du congédiement de leur premier dirigeant.

6.96 De plus, nous ne croyons pas que le premier dirigeant devrait avoir le droit de vote au conseil d'administration de l'organisme de la Couronne, comme c'est le cas parfois actuellement. Accorder le droit de vote au premier dirigeant à la table du conseil revient essentiellement à lui demander d'être à la fois gestionnaire et administrateur, le mettant dans les faits dans une situation de conflit d'intérêts. Pour que le premier dirigeant soit réellement redevable au conseil d'administration, il doit fonctionner de manière tout à fait distincte du conseil.

6.97 Nous sommes également d'avis que, pour assurer la responsabilité de gestion, les conseils des organismes de la Couronne devraient évaluer le rendement de leur premier dirigeant en termes d'objectifs de rendement préétablis sur une base régulière (p. ex., annuelle). Encore une fois, ce n'est pas ainsi que les choses se passent pour tous les organismes de la Couronne de la province.

Normes déontologiques des organismes de la Couronne

6.98 L'une des responsabilités reconnues des conseils d'administration est de veiller à ce que des normes déontologiques, sur les conflits d'intérêts par exemple, soient en vigueur et suivies. Généralement, cela signifie l'approbation d'un code de déontologie et une surveillance continue de la conformité de l'organisme à ce code. Dans nos examens des différents organismes de la Couronne, nous avons observé que certains conseils d'administration n'avaient pas approuvé de normes déontologiques pour leur organisme.

Comités de vérification

6.99 L'une des responsabilités clés des conseils d'administration des organismes de la Couronne que nous avons mentionnées ci-dessus est d'assurer l'intégrité des contrôles internes et des systèmes d'information de gestion de l'organisme. On appelle parfois cette responsabilité la responsabilité de gérance du conseil. En d'autres termes, le conseil d'administration de l'organisme de la Couronne s'est vu confier par le gouvernement des biens de valeur pour lesquels il doit être un bon intendant.

6.100 Pour être un bon intendant, le conseil d'administration doit s'assurer que les contrôles de gestion sont efficaces pour ramener les risques importants (la perte de biens) à un niveau acceptable. Il doit aussi s'assurer que les systèmes d'information de gestion qui produisent l'information sur laquelle il fonde ses décisions sont fiables. Enfin, il doit s'assurer que l'information venant de tiers et les assurances sur lesquels il compte sont réellement indépendantes de la direction.

6.101 De nombreux conseils d'administration du secteur public et du secteur privé ont recours à un comité de vérification. En fait, la *Loi sur l'administration financière* fédérale exige que la plupart des sociétés d'État aient un comité de vérification. Par ailleurs, les normes d'inscription de la Bourse de Toronto exigent que toutes les compagnies dont les actions sont cotées en bourse aient un comité de vérification et que tous les membres de ce comité aient des connaissances dans le domaine financier. Un comité de vérification permet d'examiner l'efficacité des contrôles en place de manière plus approfondie que ce qui peut se faire à une réunion du conseil en entier.

6.102 Quelques organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick ont un comité de vérification, y compris Énergie NB et la Société de Kings Landing. Plusieurs autres organismes de la Couronne ont un comité appelé autrement qui remplit la même fonction. La plupart des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick sont tenus de faire l'objet d'une vérification financière annuelle par un vérificateur indépendant, et nous pensons que la plupart des conseils d'administration des organismes de la Couronne de la province se fient, entièrement dans certains cas, aux assurances de leur vérificateur financier pour remplir leur responsabilité de gérance. Cependant, étant donné l'efficacité limitée des vérifications externes pour ce qui est de déceler les faiblesses dans les contrôles et autres problèmes graves tels que la fraude et l'exposition au risque, des mesures supplémentaires devraient être prises.

6.103 Certains organismes de la Couronne, dont la Société des alcools du Nouveau-Brunswick, ont des vérificateurs internes qui font directement rapport au conseil d'administration, ce qui offre un examen plus approfondi des systèmes de contrôle que ne serait le cas autrement. Par contre, de nombreux organismes de la Couronne n'ont pas de vérificateurs internes parmi leurs effectifs.

6.104 En conséquence, nous sommes d'avis que les conseils d'administration des organismes de la Couronne devraient sérieusement envisager d'établir un comité de vérification pour contribuer au rôle de gérance du conseil. Au début, les comités de vérification pourraient vouloir trouver des solutions pour remédier à l'insuffisance de l'information sur la gérance qui est fournie actuellement aux conseils des organismes de la Couronne de la province; le sujet est abordé plus loin dans le chapitre dans la section sur l'information en matière de gouvernance et de reddition de comptes.

Documents de gouvernance

6.105 Nous avons observé une faiblesse commune dans la majorité des organismes de la Couronne compris dans notre travail sur la gouvernance des dernières années : la documentation d'entreprise décrivant les aspects clés qui suivent de la gouvernance des organismes de la Couronne était insuffisante ou manquait.

- structure de gouvernance et de reddition de comptes de l'organisme de la Couronne;

- processus et normes de gouvernance à suivre, y compris l'établissement d'exigences de rendement pour chaque membre du conseil;

- rôles et responsabilités relatifs du gouvernement, du conseil d'administration et de la direction;

- entente entre l'organisme de la Couronne et le ministre responsable au sujet du traitement des aspects importants de la gouvernance.

6.106 À notre avis, documenter de tels aspects clés de la gouvernance est essentiel pour l'efficacité du conseil, tout comme pour celle du gouvernement et de la direction dans l'exécution de leurs rôles et responsabilités respectifs à l'égard de l'organisme de la Couronne. Plusieurs motifs expliquent notre opinion. Tout d'abord, le roulement parmi les membres des conseils, les représentants du gouvernement et la direction des organismes de la Couronne est constant et souvent rapide. En conséquence, il est d'une grande importance sur le plan de la continuité que soient consignés par écrit les arrangements auxquels est parvenu le conseil pour le bénéfice des personnes nouvellement nommées. Deuxièmement, les documents apporteraient une clarté à tous les joueurs clés de la gouvernance. Enfin, des arrangements documentés deviennent de fait des contrats axés sur le rendement auxquels les parties responsables peuvent être tenues.

6.107 Nous connaissons au moins un organisme de la Couronne dans la province, soit la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail, qui a mis au point un document détaillé de gouvernance. De plus, la CSSIAT a signé avec le ministère de la Formation et du Développement de l'emploi une entente en deux parties qui précise la répartition des rôles, des responsabilités et de la reddition de comptes entre le CSSIAT et le gouvernement central. Cependant, à notre connaissance, la majorité des conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick n'ont pas produit une telle documentation.

Dialogue constant sur les questions de gouvernance

6.108 Il est d'une grande importance que les conseils d'administration discutent des questions de gouvernance à la table du conseil. De plus, nous estimons qu'il est essentiel que les administrateurs connaissent très bien les documents sur lesquels se fonde la gouvernance du conseil et qu'ils remettent souvent en question l'applicabilité de ces documents. La Banque de Montréal conseille ce qui suit :

> *Il faut maintenir un dialogue constant sur la gouvernance avec le conseil en entier, et ne jamais cesser de reconnaître que la gouvernance doit constamment évoluer, au fur et à mesure que*

l'entreprise change et que les nouvelles attentes des intervenants augmentent. [Traduction.]

6.109 Un représentant de la CSSIAT ajoute qu'il ne suffit pas de produire des documents de gouvernance. Le conseil doit mettre à exécution le contenu des documents et en faire un examen régulier pour voir s'ils répondent encore aux besoins du conseil. Nous tenons à souligner que les pratiques de gouvernance semblent bénéficier d'une plus grande attention dans certains organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick depuis quelques années. Nous avons toutefois l'impression que très peu de conseils font des questions de gouvernance un sujet de délibération régulier.

Évaluation des conseils

6.110 Les pratiques exemplaires pour l'évaluation des conseils sont un domaine qui a beaucoup évolué au cours des dernières années. Les conseils d'administration commencent à régulièrement évaluer non seulement leur propre efficacité, mais aussi le rendement des membres individuels du conseil, c'est-à-dire un examen par les pairs. Le Conference Board du Canada a déclaré récemment que l'évaluation du rendement des conseils dans leur ensemble et de l'apport de chaque administrateur est une question d'actualité pour les rôles et les responsabilités des administrateurs.

6.111 Nous avons constaté avec plaisir que la CSSIAT fait l'évaluation de l'efficacité de son conseil. En revanche, la majorité des conseils des organismes de la Couronne n'ont pas encore commencé à évaluer leur rendement global ou le rendement des membres individuels.

Recommandations - Rôles et responsabilités en matière de gouvernance

6.112 Nous formulons les recommandations qui suivent concernant les rôles et les responsabilités en matière de gouvernance :

- **Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient négocier et documenter un protocole d'entente entre leur organisme et le ministre responsable pour établir comment seront traités les aspects importants de la gouvernance, les responsabilités respectives des joueurs clés de la gouvernance, etc.**

- **Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient assumer la responsabilité du recrutement et de l'engagement du premier dirigeant de leur organisme. Ils devraient de plus régulièrement examiner le rendement de leur premier dirigeant.**

- **Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient s'assurer que des normes déontologiques sont établies pour leur organisme et qu'un mécanisme est en place pour surveiller la conformité à ces normes.**

- **Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient sérieusement envisager de créer un comité de vérification pour**

renforcer l'examen par le conseil de l'intégrité des contrôles internes et des systèmes d'information de gestion de l'organisme.

- **Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient préparer pour leur organisme un énoncé de gouvernance qui décrit :**
  - **la structure de gouvernance et de reddition de comptes de l'organisme de la Couronne;**
  - **les processus et les normes de gouvernance suivis, y compris ce qui est demandé des membres individuels du conseil;**
  - **les rôles et les responsabilités du gouvernement, du conseil d'administration et de la direction.**
- **L'énoncé de gouvernance devrait être examiné régulièrement et mis à jour au besoin.**
- **Les conseils de tous les organismes de la Couronne devraient, au minimum, réaliser régulièrement des autoévaluations de leur efficacité. Ils devraient aussi envisager d'examiner régulièrement le rendement des membres individuels du conseil.**

Prestation de conseils et de soutien aux conseils d'administration des organismes de la Couronne

6.113 David Golden, ancien président du conseil de Telesat Canada, a raconté l'histoire qui suit pour illustrer les difficultés que peuvent connaître les nouveaux membres de conseil.

> *Un actionnaire principal a demandé à un ingénieur très expérimenté et très compétent, copropriétaire et cadre supérieur d'une entreprise de construction privée prospère, de devenir administrateur d'une société. En tant qu'ingénieur et homme d'affaires, tout allait très bien. Or, il est venu me voir après la première réunion et m'a dit : « Je n'ai aucune idée de ce qu'on attend de moi en tant qu'administrateur d'une société et je vais devoir me mettre à l'étude, ou bien vous pouvez peut-être me dire ce qu'on attend de moi. Je suis perdu.* [Traduction.]

6.114 Nous soupçonnons que c'est le cas pour bon nombre des personnes nouvellement nommées aux conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick. Ce n'est pas que les nouveaux membres ne sont pas compétents, mais la plupart des gens ne savent pas ce qu'il faut faire pour être un administrateur efficace.

6.115 Siéger à un conseil d'administration n'est pas, la plupart du temps, quelque chose à quoi l'expérience antérieure prépare. En tant qu'administrateurs d'un organisme de la Couronne, les personnes nommées doivent bien comprendre le mandat et les activités de

l'organisation ainsi que les besoins de son actionnaire, de sa clientèle et des intervenants. Elles doivent clairement comprendre leurs rôles, leurs responsabilités et leurs obligations redditionnelles en tant qu'administrateurs. Elles doivent aussi avoir une certaine connaissance des principes d'une bonne gouvernance, domaine dans lequel les pratiques exemplaires reconnues ont considérablement changé au cours des dernières années. Si les administrateurs n'ont pas une connaissance suffisante des trois aspects, l'efficacité de la gouvernance qu'ils peuvent assurer sera probablement compromise. Une connaissance adéquate de ces trois aspects constitue la base de toute autre mesure que les administrateurs prendront en tant que régisseurs de l'organisation.

6.116 Nous avons traité des moyens par lesquels les administrateurs s'informent des besoins de leurs actionnaires ainsi que de leurs rôles et responsabilités en tant qu'administrateurs. Dans les paragraphes qui suivent, nous traitons d'autres catégories de connaissances qu'ils devraient posséder.

Normes de gouvernance

6.117 Souvent, les conseils qui ont élaboré un énoncé de gouvernance détaillé ont établi la majeure partie des normes de gouvernance que les membres du conseil ont besoin de connaître. Cependant, très peu de conseils d'organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick ont un énoncé de gouvernance. La même situation n'est pas rare ailleurs aussi.

6.118 Dans plusieurs cas à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, les gouvernements et d'autres organisations ont tenté de combler le vide en établissant des normes de gouvernance générales sur lesquelles fonder les pratiques de gouvernance des conseils. Le but de ces normes est d'offrir une norme globale de gouvernance plus stricte en établissant des normes fondées sur les pratiques exemplaires reconnues. C'est peut-être aussi une tentative de réaliser une partie du travail d'élaboration pour les conseils d'administration, facilitant ainsi l'adoption de normes de gouvernance appropriées.

6.119 Le Conseil du Trésor du Canada a publié récemment un document intitulé *Guide d'introduction aux rôles et responsabilités des administrateurs de sociétés d'État*. Ce document a été produit expressément à l'intention des nouveaux administrateurs. On y lit notamment que :

> *Le Guide d'introduction aux rôles et responsabilités des administrateurs de sociétés d'État aborde un aspect important de la direction de tels organismes. Ce guide présente un bref survol du rôle des membres du conseil ainsi que des renseignements d'ordre général destinés à répondre aux besoins des nouveaux membres de tout conseil d'administration d'une société d'État.*

> *Plutôt que de tenter de couvrir tous les rôles et responsabilités des membres du conseil d'administration, le Guide s'attarde aux quatre aspects les plus importants : l'établissement d'une stratégie d'ensemble de la société, la protection de ses ressources, le contrôle des résultats de la société et les rapports à l'État.*

6.120 En 2002, le Conseil du Trésor du gouvernement de Terre-Neuve et Labrador a publié un manuel intitulé *Excellence in Governance – A Handbook for Public Sector Bodies* [L'excellence en matière de gouvernance : manuel à l'intention des organismes du secteur public]. On peut lire notamment ce qui suit dans les remarques d'ouverture du manuel :

> *Le présent manuel vise à aider les membres des organismes publics à comprendre certains aspects clés de leur rôle et l'apport essentiel des conseils à tous les secteurs de la société de Terre-Neuve et Labrador. À ceux et celles qui envisagent d'accepter une nomination à un organisme public ou d'être candidat à une élection, je pense que ce manuel saura vous soutenir dans la prise de votre décision. Pour ceux et celles qui sont déjà des administrateurs, ce manuel devrait préciser les attentes à l'égard d'un tel rôle.* [Traduction.]

6.121 Le manuel traite des secteurs clés de la gouvernance suivants :

- relations entre l'organisme dirigeant et le gouvernement provincial;
- aperçu de la gouvernance;
- orientation des membres du conseil;
- rôles et responsabilités des membres du conseil;
- prise de décisions par le conseil;
- planification stratégique;
- évaluation du conseil et du premier dirigeant;
- rapports du conseil.

6.122 D'autres organisations ont créé des normes de gouvernance, dont les suivants :

- la Bourse de Toronto;
- le ministère de la Santé de l'Alberta;
- la Société d'assurance-dépôts du Canada;
- la Crown Investments Corporation de la Saskatchewan.

Organisations de coordination des organismes de la Couronne

6.123 La création d'une politique ou d'un cadre de gouvernance est une première étape utile. Or, à moins que le créateur de la politique ait un moyen d'assurer la conformité (p. ex., en dernier recours, la Bourse de Toronto peut radier les compagnies qui ne respectent pas ses lignes directrices), il n'est pas certain que des pratiques de gouvernance améliorées suivront. Certains gouvernements ont affecté à des organisations de coordination des organismes de la Couronne la

responsabilité de superviser la fonction de gouvernance au sein de ces organismes. Voici des exemples et des renseignements sur le rôle de ces organisations.

Le Crown Agencies Secretariat - Cabinet du premier ministre - gouvernement de la Colombie Britannique

6.124 Le Crown Agencies Secretariat est chargé d'assurer une supervision stratégique du réseau des organismes de la Couronne (sociétés de la Couronne et organismes, conseils et commissions) en Colombie-Britannique et de fournir de manière proactive au gouvernement et aux organismes de la Couronne des conseils, des renseignements et le soutien nécessaire pour favoriser une bonne gouvernance, une amélioration continue et l'obligation de rendre compte des résultats. L'objectif du secrétariat est de créer et de maintenir un réseau d'organismes de la Couronne hautement redevable, efficient et efficace en Colombie-Britannique.

La Crown Investments Corporation de la Saskatchewan

6.125 Le mandat actuel de la Crown Investments Corporation a été établi en 1993 par la *Crown Corporations Act*.

6.126 Les principales fonctions de la société de placement sont :

- établir l'orientation stratégique des filiales des sociétés de la Couronne par une gouvernance et une gestion du rendement efficaces;

- gérer avec prudence son portfolio diversifié de placements viables sur le plan commercial;

- améliorer la croissance économique à long terme et la diversification de la Saskatchewan au moyen de placements et de sociétés de la Couronne.

6.127 Dans la réalisation de ses objets et de ses buts, la Crown Investments Corporation relève du lieutenant-gouverneur en conseil pour tous les aspects relatifs à ce qui suit :

- l'examen et l'évaluation des objectifs, des buts, des recettes, des frais, des dépenses, des placements et des résultats des activités des filiales des sociétés de la Couronne;

- la politique administrative et les pratiques et systèmes de gestion des filiales des sociétés de la Couronne;

- les politiques et les pratiques comptables des filiales des sociétés de la Couronne;

- les relations financières entre les filiales des sociétés de la Couronne et le gouvernement de la Saskatchewan.

Formation – Connaissance des pratiques exemplaires en matière de gouvernance

6.128 Dans notre travail sur la gouvernance des organismes de la Couronne, nous avons constaté que de nombreux administrateurs ne connaissent pas les nouveaux ouvrages sur la gouvernance ni les pratiques exemplaires de la gouvernance moderne. De plus, de façon générale, on ne leur offre pas de possibilités de perfectionnement qui leur permettraient d'accroître leurs connaissances dans le domaine. Nous croyons comprendre que l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick offre une formation en gouvernance aux conseils des membres de l'association (c.-à-d. les régies régionales de la santé). De plus, le conseil de la CSSIAT a accès à une formation en gouvernance par l'entremise de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada. Cependant, de façon générale, nous sommes d'avis que les membres des conseils des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick ont besoin d'avoir un meilleur accès à des possibilités pertinentes de formation en gouvernance et à des conseils pour être des membres de conseil efficaces. Les représentants des différents conseils d'organisme de la Couronne à qui nous avons parlé sont du même avis. Nous pensons que la présence à des séances de formation devrait être obligatoire pour les personnes qui acceptent une nomination à un conseil.

Prestation de conseils et de soutien au Nouveau-Brunswick

6.129 Au Nouveau-Brunswick, il n'y a pas à l'heure actuelle d'organisation du gouvernement central qui soutient, surveille ou suit de toute autre manière la gouvernance et la reddition de comptes des organismes de la Couronne provinciaux. La gouvernance et la reddition de comptes des organismes de la Couronne relèvent plutôt des ministres individuels et de leurs ministères. Il s'ensuit qu'il y a un manque d'uniformité parmi les organismes de la Couronne à cet égard.

6.130 Le Bureau du Conseil exécutif a assumé un rôle de coordination des initiatives ayant trait aux ministères; par exemple, il vient de parrainer une clinique sur la planification stratégique, offerte à tous les ministères. Le bureau estime qu'il s'agit là d'une mesure en accord avec son rôle au service des ministres de la Couronne. Il prévoit offrir d'autres séances à l'avenir, en particulier comme outil de communication sur les politiques et les priorités du gouvernement.

6.131 À notre avis, étant donné leur responsabilité énoncée de servir les ministres, on pourrait facilement démontrer le bien-fondé d'élargir le rôle de coordination du Bureau du Conseil exécutif pour qu'il comprenne la prestation de conseils et de soutien à l'endroit des organismes de la Couronne. Voici des exemples de fonctions utiles que le Bureau du Conseil exécutif pourrait assumer :

- établissement et mise à jour périodique des normes de gouvernance visant tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick;

- surveillance de la conformité aux normes de gouvernance;

- prestation de conseils aux organismes de la Couronne dans l'application des normes de gouvernance;
- possibilités de formation sur la gouvernance pour les administrateurs des organismes de la Couronne;
- communication du point de vue des actionnaires, des priorités du gouvernement (p. ex., Plan de prospérité) et des nouveaux enjeux aux organismes de la Couronne;
- prestation de conseils indépendants, sur demande, au Cabinet, aux ministres, aux conseils et aux premiers dirigeants sur le mandat, l'orientation, les plans et le rendement des organismes de la Couronne.

Recommandations – Prestation de conseils et de soutien aux conseils d'administration des organismes de la Couronne

6.132 Nous formulons les recommandations qui suivent concernant la prestation de conseils et de soutien aux conseils d'administration des organismes de la Couronne :

- **Le rôle de coordination du Bureau du Conseil exécutif devrait être élargi pour comprendre la prestation de conseils et de soutien aux organismes de la Couronne pour certains ou tous les aspects suivants :**
  - **établissement et mise à jour périodique des normes de gouvernance visant tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick;**
  - **surveillance de la conformité aux normes de gouvernance;**
  - **prestation de conseils aux organismes de la Couronne dans l'application des normes de gouvernance;**
  - **possibilités de formation sur la gouvernance pour les administrateurs des organismes de la Couronne;**
  - **communication du point de vue des actionnaires, des priorités du gouvernement et des nouveaux enjeux aux organismes de la Couronne;**
  - **prestation de conseils indépendants, sur demande, au Cabinet, aux ministres, aux conseils et aux premiers dirigeants sur le mandat, l'orientation, les plans et le rendement des organismes de la Couronne;**
  - **détermination et coordination des principaux projets et questions des organismes de la Couronne, au besoin.**

Information au sujet des activités des organismes de la Couronne

6.133 En général, nous avons constaté que les administrateurs des organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick obtiennent des renseignements suffisants sur le mode de fonctionnement de leur organisme. Nous ne ferons donc pas d'autres observations sur cette question. Cependant, nous nous préoccupons du manque de clarté du mandat des organismes de la Couronne, comme nous l'avons déjà mentionné. De plus, des faiblesses dans l'information sur la gouvernance fournie par la direction aux conseils d'administration concernant les activités en cours des organismes de la Couronne sont traitées dans la prochaine section du chapitre.

Information en matière de gouvernance et de reddition de comptes

6.134 Il est difficile d'évaluer la qualité des membres d'un conseil et l'efficacité de la gouvernance qu'ils assurent. À cet égard, nous pensons que la qualité des rapports annuels est une bonne indication de l'efficacité de la gouvernance.

Rapport sur la reddition de comptes au Nouveau-Brunswick

6.135 En juin 1991, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté une directive sur les rapports annuels à l'intention des ministères et des organismes de la Couronne. La directive établit des exigences relatives à la présentation et au contenu des rapports annuels. Elle définit la fonction première du rapport annuel ainsi : « permettre aux ministères et aux organismes gouvernementaux de rendre compte de leurs activités à l'Assemblée législative et à la population en général. Il est l'élément clé qui permet d'évaluer les résultats obtenus par un ministère ou un organisme gouvernemental, par rapport à ses objectifs et à ses plans d'action. »

6.136 La directive précise également que :

> *Dans la mesure du possible, les ministères et les organismes doivent exposer clairement leurs objectifs généraux et spécifiques ainsi que leurs indicateurs de performance. Le rapport devrait préciser dans quelle mesure les programmes existants demeurent pertinents et si les objectifs ont été atteints. Il devrait également rendre compte de l'accueil que le groupe cible a réservé aux programmes.*

6.137 Par conséquent, les conseils d'administration peuvent s'acquitter de leur obligation redditionnelle en remettant un rapport annuel au ministre responsable, ce qui semble bien compris par tous, comme le montre le fait que les rapports annuels des organismes de la Couronne sont signés par le président du conseil et adressés au ministre responsable. Les rapports annuels sont envoyés aux législateurs et rendus publics.

6.138 Nous sommes d'avis que, si les conseils des organismes de la Couronne n'endossent pas le rapport annuel de l'organisme et ne veillent pas à ce que ce rapport serve de document global sur le rendement, alors ils ne s'acquittent pas de leur obligation redditionnelle comme ils le devraient. Une telle situation peut entraîner la perception selon laquelle

le conseil a peu à voir avec le succès de l'organisme de la Couronne qu'il sert.

6.139 Certaines pratiques exemplaires en matière de rapports annuels d'organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick sont traitées plus loin. Il est raisonnable de présumer que des organismes de la Couronne comme la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail, Énergie NB et le Conseil de la recherche et de la productivité du Nouveau-Brunswick, qui produisent des rapports annuels qui sont de bons documents redditionnels ont aussi un conseil qui assure une gouvernance relativement efficace. Cela ne veut pas dire que les conseils des autres organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick ne gouvernent pas de manière efficace. Il se peut simplement que leurs rapports annuels ne donnent pas d'eux la meilleure image.

6.140 Le Comité des corporations de la Couronne, qui représente tous les législateurs dans leur rôle d'examinateur des rapports annuels et des états financiers des organismes de la Couronne, doit examiner minutieusement l'information présentée par l'organisme de la Couronne et comparer cette information aux plans stratégiques, aux plans d'activités et aux cibles de rendement antérieurs. Lorsque le rapport sur le rendement comparativement aux plans ne peut être clairement établi au moyen de l'information fournie, les membres du comité devraient demander d'autres renseignements, ce qu'il a déjà fait d'ailleurs.

6.141 Notre bureau a effectué plusieurs examens de rapports annuels préparés par des organismes de la Couronne depuis l'adoption de la directive sur les rapports annuels. D'après notre expérience, la qualité des rapports annuels des organismes de la Couronne comparativement aux exigences de la directive est mitigée. Certains organismes de la Couronne ont tenté de respecter l'esprit de la directive, mais de nombreux autres ne l'ont pas fait.

6.142 Le Bureau du Conseil exécutif s'est vu confier la responsabilité de surveiller la conformité à la directive. Toutefois, il se limite à vérifier si un rapport annuel a effectivement été déposé à l'Assemblée législative. Il n'examine pas le contenu du rapport ni n'assure autrement la conformité à la directive.

6.143 Nous estimons que les conseils des organismes de la Couronne pourraient améliorer la valeur de leurs rapports annuels à titre de document redditionnel en veillant à respecter toutes les exigences de la directive sur les rapports annuels. Nous pensons aussi que les liens entre les rapports annuels des organismes de la Couronne et les priorités et initiatives du gouvernement devraient être plus étroits. Notamment, cela servirait à confirmer que les programmes et les services offerts par l'organisme de la Couronne demeurent pertinents. Par exemple, le conseil d'un organisme de la Couronne ferait beaucoup pour démontrer

sa pertinence continue en faisant rapport sur l'apport de l'organisme à la réalisation du Plan de prospérité du gouvernement.

Description des priorités en matière de gouvernance

6.144 Offrir de l'information sur les pratiques de gouvernance de l'organisme donne au lecteur du rapport annuel un meilleur aperçu des engagements du conseil d'administration, ce qui accroît la valeur du rapport annuel comme document redditionnel. À l'heure actuelle, rien dans la directive sur les rapports annuels du Nouveau-Brunswick n'oblige à inclure un tel énoncé sur les pratiques de gouvernance dans les rapports annuels des organismes de la Couronne. En comparaison, les lignes directrices du ministère des Finances et du Conseil du Trésor fédéral exigent ce qui suit :

> *Chaque société d'État devrait inclure dans son rapport annuel une description et une évaluation de ses politiques et de ses pratiques en matière de régie.*

Pratiques exemplaires pour la présentation de l'information sur le rendement au Nouveau-Brunswick

6.145 Quelques organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick produisent des rapports annuels qui peuvent servir de modèles aux conseils d'autres organismes qui cherchent à accroître la valeur de leurs rapports annuels à titre de documents redditionnels.

Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail

6.146 Le plus récent rapport annuel de la CSSIAT semble saisir l'esprit de la directive sur les rapports annuels aussi bien que tout autre organisme de la Couronne du Nouveau-Brunswick. Le corps du rapport est divisé par objectif stratégique, au lieu de la présentation typique axée sur les secteurs fonctionnels, et il décrit les indicateurs du rendement, les cibles et les résultats réels dans un tel cadre. Cela permet au lecteur d'évaluer la mesure dans laquelle la commission réussit à atteindre chaque objectif stratégique et de comparer les résultats réels au rendement prévu. En fait, un représentant de la commission nous a dit que la commission considère que son rapport annuel actuel satisfait pleinement sa responsabilité redditionnelle envers le gouvernement.

Conseil de la recherche et de la productivité du Nouveau-Brunswick

6.147 Le CRP a été le premier organisme de la Couronne du Nouveau-Brunswick à adopter la directive sur les rapports annuels dans son ensemble. Comme dans le cas de la CSSIAT, le rapport est axé sur les mesures du rendement et le degré auquel l'organisme atteint ses objectifs stratégiques. L'honnêteté des informations communiquées vaut la peine d'être soulignée. Lorsqu'une cible n'a pas été atteinte, le rapport l'indique ouvertement. Des responsables supérieurs d'organismes de la Couronne invoquent souvent le fait que signaler de mauvais résultats ne fera que mener à des sanctions de la part du gouvernement central. Or, nous ne sommes au courant d'aucune conséquence négative pour le CRP de fait de cette honnêteté.

Société d'énergie du Nouveau-Brunswick

6.148 Le rapport d'Énergie NB est aussi très bien présenté. Le rapport annuel comprend une section entière consacrée à l'approche du conseil en matière de gouvernance d'entreprise, ce qui est unique et rafraîchissant. La section résume bon nombre des pratiques exemplaires

actuelles de la gouvernance d'entreprise dont nous avons discutées dans le présent chapitre.

Information fournie au conseil par la direction de l'organisme de la Couronne (premier dirigeant)

6.149 Le conseil d'administration ne crée pas l'information présentée dans le rapport annuel. D'habitude, il s'agit d'un résumé de l'information saisie dans les systèmes d'information de l'organisme, qui sont sous le contrôle de la direction. La direction fournit un résumé quelque peu plus général de cette information au conseil d'administration, qui s'en sert pour remplir son rôle de régisseur de l'organisme. En général, on peut donc présumer que le conseil d'administration d'un organisme de la Couronne ayant un bon rapport annuel a aussi accès à de l'information de gouvernance de qualité. Le conseil doit toutefois demander cette information. Il ne peut tenir pour acquis que la direction saura quels renseignements lui fournir. Or, avoir accès à la bonne information à la table du conseil est essentiel pour que le conseil d'administration puisse remplir ses rôles et ses responsabilités de manière efficace.

6.150 Nous avons relevé un certain nombre de problèmes relativement à l'information de gouvernance fournie aux conseils d'administration des organismes de la Couronne par la direction. Par exemple :

- L'information fournie par la direction est souvent de nature strictement financière. Des renseignements relatifs aux services sont rarement communiqués sur une base régulière, alors que le mandat de la plupart des organismes de la Couronne est axé sur les services et non sur les aspects financiers ou commerciaux.

- De façon générale, il n'y a que très peu sinon aucun lien entre les buts, les objectifs et les cibles de l'organisme, établis au moyen d'exercices de planification stratégique et opérationnelle, et ce qui est communiqué au conseil.

- De façon générale, il n'y a que très peu sinon aucun rapport régulier concernant la conformité de la direction aux directives du conseil.

- Des renseignements superflus sont souvent fournis aux conseils, ce qui les amène parfois à prendre des décisions qui devraient être laissées à la direction.

- Une information trop abondante est fournie aux conseils, faisant qu'il ne leur est pas facile de déterminer ce qui devrait être considéré comme des aspects « clés » et d'y porter une attention particulière.

Recommandations concernant les rapports en matière de gouvernance et de reddition de comptes

6.151 Nous formulons les recommandations qui suivent concernant les rapports en matière de gouvernance et de reddition de comptes :

- **Le Bureau du Conseil exécutif devrait surveiller les rapports annuels des organismes de la Couronne pour s'assurer du respect de la directive gouvernementale sur les rapports annuels.**

- **La directive gouvernementale sur les rapports annuels devrait être modifiée pour inclure deux nouvelles exigences, soit :**

  - **que les rapports annuels des organismes de la Couronne fassent état, lorsqu'il y a lieu, de la contribution de l'organisme au succès des priorités et des initiatives en cours du gouvernement;**

  - **que les rapports annuels des organismes de la Couronne comprennent un énoncé sur les pratiques de gouvernance, semblable à ce que contient le rapport annuel de 2002 de la Société d'énergie du Nouveau-Brunswick.**

- **Périodiquement, les conseils d'administration de tous les organismes de la Couronne du Nouveau-Brunswick devraient faire un examen critique des rapports qu'ils reçoivent régulièrement de la direction. En particulier, chaque conseil devrait s'assurer :**

  - **que les rapports présentés sont utiles et suffisamment détaillés pour permettre au conseil de s'acquitter de l'ensemble de ses rôles et de ses responsabilités en tant que régisseur d'un organisme de la Couronne. Par exemple, l'information dont se sert le conseil pour surveiller le rendement de l'organisme devrait porter à la fois sur les objectifs financiers et sur les objectifs relatifs aux services et être clairement liée aux plans approuvés;**

  - **que l'information dont ne se sert pas le conseil soit supprimée des rapports de gestion;**

  - **que les rapports soient organisés de manière à faciliter leur consultation par les membres du conseil durant leurs délibérations.**

Commentaires du Bureau du Conseil exécutif

6.152 Nous avons remis une copie de notre rapport sommaire sur la gouvernance des organismes de la Couronne au Bureau du Conseil exécutif. Ce dernier a répondu en détail à nos observations et à nos recommandations. De plus, il a fait les commentaires généraux suivants :

Nous sommes d'avis que le rapport offre une discussion approfondie des caractéristiques et des principes d'une bonne gouvernance. Essentiellement, nous sommes d'accord avec les conclusions tirées au sujet de l'importance d'une bonne gouvernance dans le contexte des organismes de la Couronne et avec les principes qui sous-tendent bon nombre des recommandations du rapport. À l'appui de tels principes, le gouvernement a déjà mis en place un certain nombre de mécanismes visant à encourager des pratiques exemplaires de gouvernance au sein des organismes de la Couronne. Et, au fur et à mesure que les ressources le permettent, nous continuerons de chercher à améliorer la reddition de comptes et le rendement des conseils.

Nous constatons que quelques-unes des recommandations du rapport proposent des façons d'opérationnaliser certains principes d'une bonne gouvernance. Alors que nous sommes en mesure de soutenir la plupart des objectifs, nous avons des réserves quant à certaines des méthodes administratives ou organisationnelles recommandées pour atteindre les objectifs, en particulier les recommandations voulant que le Bureau du Conseil exécutif joue un rôle plus direct pour guider et soutenir les conseils des organismes de la Couronne.

Nous apprécions la valeur du rapport pour ce qui est des lacunes relevées, et nous verrons comment l'information peut servir à poursuivre la lancée du gouvernement vers une reddition de comptes accrue, un rendement efficace de la part des organismes de la Couronne et la protection de l'intérêt du public. [Traduction.]

Chapitre 7
Suivi sur le travail de vérification d'exercises antérieurs

Contenu

Contexte 167
Étendue 167
Recommandations de 1999 169
Recommandations de 2000 179
Recommandations de 2001 185

Suivi sur le travail de vérification d'exercises antérieurs

Contexte

7.1 Nous avons comme politique de suivre l'état de nos recommandations durant une période de quatre ans après leur inclusion dans notre rapport.

7.2 Pour donner aux ministères et aux organismes le temps de prendre des mesures, nous ne préparons pas de suivi après la première année. Après les deuxième, troisième et quatrième années, nous rédigeons un rapport d'étape qui montre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations.

7.3 Cet exercice de suivi nous permet d'obtenir l'information nécessaire pour évaluer la mesure dans laquelle nous atteignons l'un des trois objectifs que nous avons fixés pour le bureau :

> *Les ministères et les organismes acceptent nos recommandations et les mettent en œuvre.*

7.4 À notre avis, les mesures prises en réponse à nos recommandations sont un indicateur de la valeur que nous ajoutons en favorisant un gouvernement productif, ouvert et qui rend des comptes.

7.5 Pour la préparation de l'information contenue dans le présent chapitre, nous demandons des mises à jour par écrit aux différents ministères et organismes. Nous assurons le suivi de ces mises à jour par des rencontres avec les responsables concernés de chaque ministère ou organisme pour passer en revue les mesures décrites dans les mises à jour.

Étendue

7.6 Le présent chapitre contient des mises à jour sur nos recommandations de 1999 et de 2000 et, pour la première fois, une mise à jour sur nos recommandations de 2001. Au cours d'années antérieures, nous avions conclu qu'un certain nombre de recommandations des années 1999 et 2000 avaient été acceptées et mises en œuvre, ou, dans certains cas, rejetées. Le détail de ces recommandations n'est pas repris dans le présent rapport.

7.7 Il y a trois genres de recommandations sur lesquels nous ne ferons pas de mise à jour dans ce chapitre de suivi :

- les recommandations acceptées et mises en œuvre l'année où elles sont formulées;
- les recommandations qui n'exigent aucune mesure particulière ultérieure de la part du ministère ou de l'organisme;
- les recommandations qui ne sont plus pertinentes en raison de changements au gouvernement ou dans les programmes du gouvernement.

Résumé des vérifications traitées dans le chapitre

Ministère ou organisme	Secteur de vérification	1999	2000	2001
Environnement et Gouvernements locaux	Intendance des pneus	x		
Différents ministères	Administration des contrats	x		
Société des alcools du Nouveau-Brunswick	Gouvernance	x		
Santé et Mieux-être	Salubrité des aliments	x		
Agriculture, Pêches et Aquaculture	Examen des mesures législatives		x	
Environnement et Gouvernements locaux, et Santé et Mieux-être	Qualité de l'eau des puits domestiques		x	
Ressources naturelles et Énergie	Terres à bois privées		x	
Approvisionnement et Services	Fonds pour l'aménagement des terres		x	
Transports	Services de génie-conseil et matériaux routiers		x	
Bureau du contrôleur	Système provincial de comptabilité financière		x	
Éducation	Transport scolaire			x
Santé et Mieux-être, et Services familiaux et communautaires	Plan de médicaments sur ordonnance			x
Ressources naturelles et Énergie	Gestion des terres de la Couronne			x
Sécurité publique	Conducteurs à risque élevé			x
Approvisionnement et Services	Archives provinciales du Nouveau-Brunswick			x
Approvisionnement et Services	Achats			x
Approvisionnement et Services	Contrats visant les professionnels en TI			x
Agriculture, Pêches et Aquaculture	Vérification des contrôles			x
Environnement et Gouvernements locaux	Districts de services locaux			x
Finances	Examen de l'application Oracle			x
Réseau de formation à distance du Nouveau-Brunswick Inc.	TéléÉducation			x

7.8 La raison pour laquelle certaines recommandations ne nécessitent aucune mesure ultérieure est qu'elles visent une situation, une période ou un événement particulier. Même si les recommandations ont une valeur pour la prise de décisions ou de mesures ultérieures, il est trop tard pour remédier à la situation particulière dont il est question dans la vérification. Bien que ce genre de recommandations ne fasse pas l'objet d'un suivi ici, il devrait être clair qu'elles peuvent avoir des

répercussions générales sur les processus du gouvernement et mener à de futures améliorations.

7.9 Le présent chapitre renvoie aux recommandations originales formulées par notre bureau et en fournit une mise à jour. Nous ne renvoyons pas aux recommandations de façon détaillée. Il peut donc être nécessaire, pour bien comprendre les questions qui ont donné lieu aux recommandations originales, de relire le rapport du vérificateur général dans lequel nous discutons de la vérification et de nos constatations.

Le tableau qui suit montre le nombre total de recommandations formulées chaque année. Il montre également le nombre de recommandations mises en œuvre en totalité ou en partie.

Année de vérification	Recommandations			
	Total	Mises en œuvre	Partiellement mises en œuvre	Pourcentage
1999	99	42	20	63
2000	92	38	28	72
2001	190	100	37	72
Total	381	180	85	70

7.10 Les responsabilités affectées aux ministères et aux organismes peuvent changer, de même que les noms de ces ministères et organismes. Pour les besoins du chapitre, nous renvoyons au ministère ou à l'organisme qui est actuellement chargé du domaine ayant fait l'objet de la vérification.

Recommandations de 1999

7.11 C'est la dernière année pour laquelle nous faisons une mise à jour sur les recommandations du rapport de 1999 auxquelles il n'a pas été donné suite. C'est la troisième année de suite pour laquelle une mise à jour est présentée. Cette année, nous ferons surtout rapport sur les recommandations de 1999 qui n'ont pas encore été mises en œuvre.

Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux

Intendance des pneus

7.12 Les risques pour l'environnement de l'entreposage et de l'élimination des pneus d'automobile sont bien connus. Nous avions examiné des aspects de la planification et de la mise en œuvre du programme d'intendance des pneus au Nouveau-Brunswick. Nous avions aussi examiné le fonctionnement du programme jusqu'au 31 mars 1999. Au total, 11 recommandations ont été adressées au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux à l'issue de la vérification.

7.13 Toutes les recommandations sauf trois ont été mises en œuvre. Une mise à jour sur les trois autres recommandations a été préparée.

7.14 Nous avions recommandé que la Commission d'intendance des pneus entreprenne une étude visant à analyser les questions

entourant le passif à la hausse au titre des frais de traitement courus.

7.15 Les frais de traitement courus doivent être versés à la Tire Recycling Atlantic Canada Corporation TRACC lorsque des produits contenant des matières recyclées sont vendus par la commission. Le passif augmente à mesure que les stocks de matières recyclées s'accumulent. Un programme de recyclage efficace verrait le solde demeurer constant. Au cours de notre vérification de 1999, nous avions constaté que le passif augmentait rapidement.

7.16 Le passif signalé dans les états financiers vérifiés de la Commission d'intendance des pneus baisse de façon constante depuis quelques années. En 1999, nous avions indiqué que le solde avait déjà atteint une valeur de plus de 1 700 000 $. Les renseignements les plus récents montrent que ce solde a été ramené à 225 000 $.

7.17 Notre vérification avait aussi soulevé d'autres questions. Ainsi, nous avions souligné que le montant du passif ne concordait pas avec les niveaux des stocks. Nous avions aussi demandé pourquoi le passif inscrit aux états financiers continuait d'augmenter, alors que le nombre de pneus demeurait relativement constant. De plus, la commission s'occupait activement des exigences relatives à la TVH, ce qui pourrait se refléter dans les frais actuels. Aucune étude n'a été menée pour régler ces questions. Le ministère nous a dit, cette année, qu'il a l'intention d'assurer un suivi de ces questions.

7.18 Nous avions recommandé que le ministère et le prévôt des incendies élaborent un plan complet qui attribue la responsabilité des inspections des installations de la TRACC en rapport avec les différentes exigences législatives et contractuelles.

7.19 Comme nous l'avons indiqué l'année dernière, le ministère a dit qu'il continuera à inspecter l'usine de la TRACC, tel qu'exigé, pour assurer la conformité à l'agrément d'exploitation. Il a aussi dit que le Bureau du prévôt des incendies continuera d'offrir un soutien technique. Toutefois, aucun plan complet n'a encore été établi. Comme aucun engagement officiel n'a été pris relativement aux inspections, nous concluons que la recommandation n'est pas pleinement mise en œuvre.

7.20 Nous avions recommandé que le ministère et le prévôt des incendies collaborent en vue de coordonner le calendrier, la communication des résultats et les mesures correctrices ayant trait à toutes les inspections de la TRACC, au besoin.

7.21 Nous avons signalé par le passé qu'il semble y avoir eu des communications entre les deux parties relativement aux inspections. Toutefois, l'organisation d'un plan établi et coordonné concernant l'établissement d'un calendrier, la communication des résultats et la prise de mesures correctrices au sujet des inspections n'a pas eu lieu.

Administration des contrats

7.22 À la lumière de notre travail et de nos constatations qui figurent dans nos rapports annuels de 1997 et de 1998, il est facile de constater que les contrats entre le gouvernement provincial et ses fournisseurs sont très importants. De plus en plus de services sont fournis par le secteur privé, et de nombreux contrats sont prolongés sur une période de plusieurs exercices. L'objectif de la vérification était de déterminer quels étaient les systèmes en place pour assurer une administration des contrats conforme aux modalités négociées. Nous avons examiné huit ministères pour nous faire une idée de la situation.

7.23 Les quatre recommandations qui suivent ne sont encore que partiellement mises en œuvre, et nous faisons rapport sur l'état des recommandations pour la dernière fois. La première recommandation est de nature générale.

7.24 Un registre des contrats devrait être tenu dans chaque centre de responsabilité ou à l'échelle du ministère. Le registre comprendrait de l'information sur les principaux engagements financiers et non financiers et serait organisé de manière à permettre un examen et un suivi efficaces.

7.25 Tel que mentionné l'année dernière, nous avons constaté que les pratiques varient d'un ministère à l'autre. Nous avions espéré que la tenue d'un registre dans chaque ministère soit exigée, ce qui ne s'est pas produit.

7.26 Les trois autres recommandations ont trait au ministère des Services familiaux et communautaires.

7.27 Le ministère a dit l'année dernière que la date de mise en œuvre cible du 31 mars 2003 avait été fixée pour les trois recommandations partiellement mises en œuvre qui suivent. Cette année, on nous a informés que la date de mise en œuvre a été repoussée au 1er avril 2004.

7.28 Lorsqu'un contrat est en vigueur pour l'achat de services, le ministère devrait obtenir des informations fiables et complètes qui peuvent servir à évaluer le rendement du titulaire de contrat.

7.29 Le ministère devrait s'assurer que l'information obtenue des titulaires de contrat pour évaluer le rendement est fiable.

7.30 Le ministère a besoin d'adopter une approche proactive plus structurée pour s'assurer que les services dispensés par les fournisseurs répondent aux normes de qualité et aux autres normes précisées dans les contrats, ce qu'il ferait notamment en informant régulièrement les titulaires de contrat de son degré de satisfaction à l'égard de leurs services.

Société des alcools du Nouveau-Brunswick

Gouvernance

7.31 Nous estimons que la promotion de la reddition de comptes est le volet le plus important de notre travail. Nous estimons aussi que l'établissement de processus redditionnels appropriés pour les organismes de la Couronne ne peut se faire sans la mise en place et l'application de structures et de processus de gouvernance efficaces. Nous avons mené un examen en profondeur des structures de gouvernance et de reddition de comptes qui sont en vigueur à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick et formulé 19 recommandations à l'issue de notre vérification.

7.32 Comme nous le mentionnions l'année dernière, le conseil d'administration était d'accord avec seulement six des recommandations, mais elle s'était engagée à prendre les mesures nécessaires pour les adopter. Or, en raison de circonstances imprévues, nous n'avions alors pas été en mesure d'effectuer le travail de suivi à temps pour faire rapport sur les résultats. Depuis, nous avons terminé ce travail et nous sommes en mesure de signaler que les cinq recommandations suivantes ont été mises en œuvre.

7.33 Nous avions recommandé que le conseil dresse des profils des postes de membre et de président du conseil et qu'il fournisse ces profils aux décideurs lorsque des postes sont à pourvoir au conseil.

7.34 Nous avions recommandé que les normes de conduite de la société soient étendues pour s'appliquer aux membres du conseil.

7.35 Nous avions recommandé que le conseil réfléchisse soigneusement à ses rôles et à ses responsabilités et qu'il rédige une description de poste pour le conseil qui les résume clairement.

7.36 Nous avions recommandé que les membres du conseil de la Société des alcools prennent connaissance d'une partie au moins des publications sur la gouvernance mentionnées dans notre rapport. Des présentations de groupe devant le conseil ou un examen individuel de ces publications seraient deux moyens d'y parvenir.

7.37 Nous avions recommandé aussi que, au minimum, les rapports du groupe de vérification interne soient régulièrement fournis aux membres du conseil à des fins d'examen.

7.38 La recommandation qui suit a été partiellement mise en œuvre.

7.39 Nous avions recommandé que le conseil s'approprie le rapport annuel de la société pour en faire un instrument par l'entremise duquel il s'acquitte de son obligation redditionnelle envers le ministre des Finances.

7.40 Nous avons été déçus d'apprendre que le conseil n'était pas d'accord avec les 13 recommandations qui suivent, lesquelles visaient à

améliorer la reddition de comptes et le rendement de la Société des alcools.

7.41 Nous avions recommandé qu'il soit envisagé de garder le président-directeur général comme membre d'office du conseil, mais sans droit de vote, ce qui pourrait s'accomplir en modifiant la loi.

7.42 Nous avions recommandé que le conseil effectue des auto-évaluations annuelles de son rendement.

7.43 Nous avions recommandé qu'il soit clairement établi de quoi le conseil de la Société doit rendre compte, à qui il doit en rendre compte et comment l'obligation redditionnelle doit être exécutée. La voie législative serait la meilleure façon d'y parvenir.

7.44 Nous avions recommandé que le conseil décrive dans son document sur ses rôles et ses responsabilités de quoi il doit rendre compte, à qui il doit en rendre compte et comment l'obligation redditionnelle doit être exécutée.

7.45 Le conseil devrait promouvoir un processus de planification stratégique qui : établit un énoncé de mission clair et concis; établit une liste explicite des objectifs stratégiques de la société; établit des indicateurs du rendement pour chacun des objectifs stratégiques; établit un plan pour la mesure, l'évaluation et le rapport des indicateurs du rendement.

7.46 Les résultats du rendement devraient être communiqués au moyen du rapport annuel de la société.

7.47 Le plan d'exploitation directeur devrait définir des cibles de rendement annuelles pour chaque indicateur du rendement établi dans le plan d'exploitation directeur.

7.48 Nous avions recommandé que le conseil réévalue ses besoins en matière d'information. Il semble que des informations additionnelles ou présentées différemment pourraient aider le conseil à évaluer les progrès de la direction pour ce qui est de réaliser ses projets, de veiller à ce que les biens de la société ne soient pas soumis à des risques indus et de vérifier la conformité aux politiques de la société. Toute information additionnelle nécessaire devrait être demandée à la direction.

7.49 Nous avions recommandé que le conseil choisisse et recommande au lieutenant-gouverneur en conseil les futurs candidats au poste de président-directeur général de la Société des alcools, en conformité avec la *Loi sur la Société des alcools du Nouveau-Brunswick*. Sinon, la loi devrait être modifiée pour entériner la pratique actuelle.

7.50 Nous avions recommandé que le conseil effectue une évaluation officielle annuelle du rendement du président-directeur général. Tous les membres du conseil devraient avoir l'occasion de participer au processus.

7.51 Nous avions recommandé qu'une description du poste de président-directeur général soit rédigée.

7.52 Nous avions recommandé que le rapport annuel soit modifié pour le rendre conforme à la directive provinciale sur les rapports annuels.

7.53 Nous avions recommandé que la présidence du conseil de la Société des alcools comparaisse annuellement devant le Comité des corporations de la Couronne en même temps que le président-directeur général.

7.54 Le président du conseil actuel nous a informés récemment que, au cours de l'année écoulée, le conseil a approuvé une nouvel énoncé de mission et un plan stratégique de cinq ans comprenant des buts, des objectifs et des stratégies particulières. Il a nous également informés que le conseil prévoit apporter d'autres changements visant à promouvoir une gouvernance efficace et à assurer une reddition de comptes accrue.

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Salubrité des aliments

7.55 Sur notre thème de la sécurité, nous avions effectué une vérification des mécanismes et des méthodes de travail en place pour voir si les établissements de services alimentaires de la province se conformaient aux normes relatives à la salubrité des aliments. Nous avions adressé au ministère un total de 36 recommandations.

7.56 Bien que, de façon générale, le ministère ait réagi favorablement aux recommandations, seulement quatre recommandations ont été mises en œuvre depuis la réalisation de la vérification en 1999. Il n'a été donné suite à aucune recommandation en 2002-2003. Il reste donc un grand nombre de recommandations auxquelles le ministère doit toujours donner suite.

7.57 Le ministère signale que l'élaboration de nouvelles mesures législatives retarde les progrès du programme de salubrité des aliments et la mise en œuvre de nos recommandations. En 2001, lorsque nous sommes retournés pour la première fois au ministère pour discuter des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations de la vérification, le ministère avait déclaré que les modifications aux mesures législatives devaient être prêtes pour l'automne 2001, et les directives et lignes directrices sur les programmes alimentaires devaient être mises en œuvre en 2002. En 2002, lorsque nous avons examiné les progrès du ministère pour la deuxième fois, celui-ci a signalé ne pas s'attendre à ce que les modifications aux mesures législatives soient apportées avant

l'automne 2002, alors que les lignes directrices ne seraient pas mises en œuvre avant janvier 2003.

7.58 Cette année, nous avons préparé notre rapport final sur l'état de ces recommandations. La plus récente mise à jour relative au ministère révèle qu'il s'attend maintenant à ce que les modifications aux mesures législatives soient apportées d'ici l'automne 2003. Le ministère a clairement indiqué que la mise en œuvre des directives et lignes directrices sur les programmes alimentaires suivra les mesures législatives et que le travail sur l'assurance de la qualité sera achevé après l'approbation des lignes directrices.

7.59 Comme d'habitude, nous énonçons toutes les recommandations encore en suspens après notre troisième et dernière mise à jour. Au total, 32 recommandations n'ont pas été mises en œuvre, bien que nous ayons déterminé que 12 de ces recommandations le sont en partie. Le manque de progrès dans l'apport de changements positifs dans le domaine nous a consternés, surtout qu'il s'agit de questions reliées à la sécurité publique.

7.60 Le ministère devrait établir une directive sur la formation qui englobe la formation des inspecteurs nouvellement embauchés et le perfectionnement professionnel continu des inspecteurs expérimentés. Ainsi, la formation des nouveaux inspecteurs devrait comprendre une initiation aux mesures législatives du Nouveau-Brunswick et une formation particulière sur les règlements, les directives et les procédures pertinentes pour leur travail.

7.61 Les besoins de formation actuels devraient être définis et évalués. Il faudrait établir un programme de formation pour répondre à ces besoins et l'intégrer au budget financier.

7.62 À l'entrée en vigueur des nouveaux règlements, tous les inspecteurs de la santé publique devraient suivre une formation visant à assurer une compréhension et une application uniformes des règlements.

7.63 La communication et la surveillance de la directive sur les conflits d'intérêts contribueraient à réduire le risque d'une perte d'objectivité. Il faudrait envisager des moyens de réduire le risque de partialité. À notre avis, faire la rotation des établissements de services alimentaires parmi les inspecteurs serait utile. Un système de contrôle et d'examen de la qualité serait à la fois pratique et efficace.

7.64 La fonction d'inspection devrait constituer un moyen de déterminer et de faire observer la conformité à la loi et aux règlements visant les établissements de services alimentaires. Des mesures d'application devraient être prises pour assurer la

conformité aux règlements. La directive sur l'application devrait être mise à jour pour tenir compte des changements dans l'organisation, en particulier dans les liens redditionnels et le système de rapport. La directive modifiée devrait ensuite être distribuée et surveillée.

7.65 Nous avions incité le ministère à poursuivre ses efforts pour terminer le plus tôt possible les règlements afférents à la nouvelle *Loi sur la santé publique*, récemment sanctionnée.

7.66 La directive ministérielle sur l'application précise que le permis d'établissement de services alimentaires doit être traité avec autant de respect qu'un permis de conduire ou un permis d'utilisation d'un véhicule à moteur, car il ne s'agit pas d'une mesure productrice de recettes, mais bien d'une mesure de contrôle visant à protéger la santé du public. Toujours par analogie avec le permis de conduire, nous avions recommandé que l'établissement de « contraventions » soit envisagé comme moyen de faire observer la conformité aux règlements.

7.67 Nous avions encouragé le ministère à explorer d'autres moyens d'application. Par exemple, exiger d'un établissement de services alimentaires qu'il affiche son plus récent rapport d'inspection pourrait présenter des avantages du point de vue de l'application. L'œil averti du consommateur dans ce milieu concurrentiel pourrait fortement inciter les exploitants d'établissements de services alimentaires à se conformer aux exigences législatives.

7.68 Des directives et des procédures pertinentes visant le programme de contrôle des aliments doivent être clairement établies, correctement documentées, efficacement communiquées et distribuées au personnel, et elles doivent être révisées chaque année. Les bureaux régionaux devraient être consultés dans la préparation d'un manuel des directives et des procédures, car certains bureaux régionaux possèdent de l'information valable qu'il vaut la peine de partager, et les inspecteurs savent quels domaines en particulier nécessitent une orientation.

7.69 Les directives et les procédures devraient traiter, entre autres, des points suivants :

- **l'objectif du programme de contrôle des aliments et les objectifs des activités (inspections, cours de manipulation des aliments, réponse aux plaintes);**
- **les responsabilités des inspecteurs;**

- **les modalités de formation des inspecteurs nouvellement embauchés et la formation permanente du personnel actuel;**
- **la directive sur les conflits d'intérêts afin de promouvoir l'objectivité;**
- **le processus d'inspection, y compris l'application des règlements, les rapports d'inspection et les moyens de traiter les plaintes du public;**
- **les liens redditionnels et le système de rapport;**
- **la responsabilité de la surveillance de l'observation des directives et des procédures.**

7.70 Les inspections devraient mesurer la conformité à la loi et aux règlements visant les établissements de services alimentaires. Les listes de vérification pour les inspections devraient être révisées et mises à jour pour faire en sorte que l'ensemble des règlements et des exigences législatives soit couvert par l'inspection. La liste de vérification ne doit pas être rigoureuse au point d'éliminer la possibilité d'appliquer son jugement professionnel aux domaines non essentiels de l'inspection.

7.71 Les inspections ordinaires ne devraient jamais être annoncées à l'avance. Il faudrait un motif valide pour donner à l'exploitant de l'établissement de services alimentaires un préavis de l'inspection.

7.72 Il faudrait résoudre les problèmes entourant la notation. S'il est décidé que la notation vaut la peine et qu'elle doit être utilisée, il faudrait alors fournir aux inspecteurs des directives pour assurer une utilisation uniforme.

7.73 L'auto-inspection devrait être envisagée. À notre avis, de telles auto-évaluations, signées par les exploitants d'établissements de services alimentaires et soumises au bureau régional, pourraient constituer une méthode efficace de mesure de la conformité.

7.74 L'évaluation des risques des établissements de services alimentaires permettra aux inspecteurs de déterminer la fréquence des inspections, de planifier les activités, puis d'établir un calendrier en conséquence. Il serait indiqué de mettre les évaluations de risque à jour chaque année.

7.75 Les inspections devraient suivre le plan de densité préétabli. Il serait bon de dresser un calendrier d'inspection annuel. Au besoin, on pourra le mettre à jour pour assurer la conformité aux directives tout au long de l'année. Pour utiliser les ressources plus

efficacement, le calendrier devrait accorder la priorité aux établissements de services alimentaires à risque plus élevé.

7.76 Il faudrait traiter toutes les infractions qui sont relevées. Le cas échéant, une inspection de suivi devrait avoir lieu pour déterminer si les déficiences relevées sont corrigées.

7.77 On devrait envisager la méthode des auto-inspections et des rapports comme moyen d'assurer le suivi afin de déterminer si les déficiences relevées sont corrigées.

7.78 Les rapports d'inspection devraient être complets. Les rapports devraient documenter tous les points de non-conformité aux règlements ainsi que les dates de correction et porter la signature de l'exploitant et de l'inspecteur.

7.79 La préparation du rapport d'inspection devrait être uniforme parmi les inspecteurs.

7.80 Nous avions recommandé que la délivrance du permis soit utilisée comme un moyen de faire observer les règlements. Les fonctions de délivrance de permis et d'inspection devraient être liées. Tous les nouveaux établissements de services alimentaires devraient faire l'objet d'une inspection avant la délivrance de leur premier permis. L'examen des résultats d'inspection devrait faire partie du processus de renouvellement annuel des permis. On devrait révoquer les permis des établissements qui ne se conforment pas aux règlements. Pour faciliter l'intégration des fonctions de délivrance de permis et d'inspection, le ministère devrait envisager d'échelonner les dates d'expiration des permis.

7.81 Le ministère devrait envisager d'exiger des garderies qu'elles se conforment aux règlements visant les établissements de services alimentaires. À notre avis, les garderies présentent des risques alimentaires élevés et devraient faire l'objet de la même inspection rigoureuse que les écoles et autres établissements de services alimentaires. Le ministère devrait voir s'il y a d'autres établissements titulaires d'un permis provincial, par exemple les établissements résidentiels pour adultes, qui devraient peut-être être tenus de se conformer aux règlements visant les établissements de services alimentaires.

7.82 Le formulaire dont se servent les inspecteurs pour guider leur inspection des garderies devrait être uniformisé et utilisé par toutes les régions de la province. L'inspection limitée des installations de cuisine que semblent suggérer les formulaires actuels nous préoccupe.

7.83 Un examen des droits de permis annuels, et en particulier du droit de permis annuel exigé pour les établissements de services alimentaires de plus de 50 places, devrait avoir lieu pour déterminer si le ministère récupère le pourcentage de coûts visé. Le cas échéant, les droits devraient être modifiés.

7.84 Il y aurait lieu d'établir et d'appliquer régulièrement des moyens d'assurer la surveillance et le rapport de la fonction d'inspection. Les liens redditionnels devraient être précisés, et un système de rapport devrait être établi.

7.85 La responsabilité de la surveillance du respect des directives et des procédures devrait être clairement attribuée à une personne du bureau central.

7.86 Des procédures de contrôle de la qualité devraient être établies.

7.87 Dans les régions, un calendrier d'inspection annuel devrait être dressé puis mis à jour au besoin pour assurer l'inspection de tous les établissements de services alimentaires. Le gestionnaire d'équipe régionale ou le directeur régional devrait approuver le calendrier et toutes ses modifications.

7.88 La charge de travail des inspecteurs de la santé publique devrait être examinée et rajustée au besoin.

7.89 Le ministère devrait établir des indicateurs du rendement et des procédures de surveillance permanentes pour évaluer la fonction d'inspection des établissements de services alimentaires à l'échelle régionale et à l'échelle provinciale.

7.90 La fonction d'inspection des établissements de services alimentaires devrait viser à abaisser le nombre d'infractions. Le degré de conformité aux règlements devrait être surveillé et évalué.

7.91 Il faudrait établir un moyen d'entendre les suggestions d'amélioration du rendement du personnel et des exploitants d'établissements de services alimentaires et d'y donner suite.

Recommandations de 2000

7.92 C'est notre deuxième mise à jour sur les recommandations que nous avons formulées dans notre rapport de 2000. Une première mise à jour détaillée a été préparée l'année dernière.

Ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture

Examen des mesures législatives

7.93 Les législateurs ont la responsabilité de voir à ce que les mesures législatives qu'ils adoptent soient efficaces pour atteindre les objectifs escomptés. L'administration des mesures est confiée aux ministères, et il est raisonnable de s'attendre à ce que les ministères soient tenus responsables de l'administration efficiente et efficace des mesures législatives.

7.94 Il nous est arrivé par le passé de faire état de nos préoccupations venant du fait que les mesures législatives ne sont pas toujours observées. C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé un projet nous permettant de déterminer si des mécanismes et des méthodes appropriés sont instaurés pour :

- assurer le respect des mesures législatives;
- mesurer l'efficacité des mesures législatives et en faire rapport;
- faire en sorte que les ressources affectées à l'administration des mesures législatives sont gérées en tenant compte des principes d'économie et d'efficience.

7.95 Nous avions choisi un ministère en particulier, soit Agriculture, Pêches et Aquaculture, pour mener notre vérification, tout en espérant que les résultats de la vérification et les recommandations puissent s'appliquer à tous les ministères, pas seulement à celui-ci.

7.96 Nous avions adressé 10 recommandations au ministère à l'issue de notre vérification. À ce point, deux des recommandations sont adoptées, et deux sont partiellement mises en œuvre. À la même période l'année dernière, aucune des recommandations n'avait eu de suivi.

7.97 Le ministère est d'accord avec toutes les autres recommandations. Comme nous le mentionnions l'année dernière, le ministère a répondu que, comme nous avions proposé que trois des points soulevés soient envisagés dans l'optique de toutes les mesures législatives et de tous les ministères, il serait approprié qu'elles soient présentées au gouvernement pour qu'il les étudie et prenne les mesures qui s'imposent, au lieu d'attendre des mesures du ministère uniquement. Les trois recommandations sont les suivantes.

7.98 Nous avions recommandé qu'un énoncé clair de l'objet soit compris dans toute nouvelle proposition de mesure législative. Nous avions également recommandé qu'un énoncé de l'objet soit intégré aux mesures législatives en vigueur chaque fois qu'une mesure est modifiée.

7.99 Nous avions recommandé que le ministère remette à l'Assemblée législative des rapports écrits réguliers (aux trois ou quatre ans, par exemple) sur l'efficacité avec laquelle les mesures législatives dont il est responsable atteignent les objectifs visés.

7.100 Nous avions recommandé que le ministère élabore des indicateurs du rendement qui peuvent servir à évaluer les activités administratives du ministère à l'appui des mesures législatives.

7.101 Une quatrième recommandation vaut la peine d'être considérée par d'autres ministères qu'Agriculture, Pêches et Aquaculture.

7.102 Nous avions recommandé qu'une révision des mesures législatives dont le ministère a la responsabilité soit effectuée périodiquement (à tous les quatre ans, par exemple) pour faire en sorte que les mesures soient à jour, que leurs objectifs énoncés soient toujours valables et qu'elles assurent un cadre efficace dans les limites duquel les objectifs peuvent être atteints. Les résultats de telles révisions devraient être communiqués à l'Assemblée législative.

7.103 Nous avons constaté avec plaisir que, au cours de l'année écoulée, le ministère a donné suite à cette recommandation en créant un nouveau poste de coordonnateur législatif. Les responsabilités du poste comprennent l'examen continu de toutes les mesures législatives pour veiller à ce qu'elles soient à jour et demeurent pertinentes. Le ministère signale que l'année écoulée a vu l'abrogation d'une loi et de règlements, la préparation de modifications législatives et la proclamation d'une loi.

7.104 L'autre recommandation mise en œuvre par le ministère au cours de l'année est la suivante.

7.105 Nous avions recommandé que le ministère, en collaboration avec le ministère de la Justice, apporte tout changement nécessaire visant à faciliter l'exécution future de toutes les mesures législatives dont il a la responsabilité. Il pourrait s'agir de renforcer ou d'augmenter les pénalités administratives telles que les amendes, d'employer différentes techniques de collecte de preuves ou de proposer des modifications législatives.

7.106 Le ministère a commencé à travailler à la résolution des questions soulevées dans les trois dernières recommandations, y compris celle à laquelle le ministère et le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux donneront suite ensemble.

Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et ministère de la Santé et du Mieux-être

Qualité de l'eau des puits domestiques

7.107 Notre bureau s'intéresse depuis un certain temps à la sécurité publique et à l'environnement. C'est dans une telle optique que nous avons décidé d'examiner la question de l'eau potable. La qualité de l'eau des puits domestiques nouvellement forés a fait l'objet de notre examen. Le gouvernement provincial a établi en vertu de la *Loi sur l'assainissement de l'eau* des règlements et des normes de sécurité qui ont trait à ces puits. Nous avons concentré notre travail sur deux règlements, soit le *Règlement sur les puits d'eau* et le *Règlement sur l'eau potable*.

7.108 À l'issue de la vérification, nous avons adressé 29 recommandations au ministère de la Santé et du Mieux-être et au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux. Nous signalions l'année dernière que 16 recommandations avaient été mises en œuvre au cours des deux années qui s'étaient écoulées depuis la vérification. Deux autres recommandations ont été mises en œuvre au cours de la dernière année. À l'heure actuelle, le ministère de la Santé et du Mieux-être a donné suite à 4 de 9 recommandations, tandis que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux a donné suite à 14 de 20 recommandations.

7.109 Onze recommandations sont encore en suspens. Les ministères sont toujours d'accord avec toutes les recommandations et ils ont fait des progrès satisfaits dans leur mise en œuvre.

7.110 Au cours de l'année écoulée, le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux a mis en œuvre deux recommandations.

7.111 Nous avions recommandé que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux élabore des méthodes de surveillance et de rapport relativement à la conformité aux aspects clés du *Règlement sur les puits d'eau* et du *Règlement sur l'eau potable* dont la mise en application a été confiée à la Section de la planification de l'environnement.

7.112 Nous avions recommandé que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux examine sa procédure actuelle de prélèvement des échantillons pour assurer l'intégrité des résultats des analyses.

Ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie

Terres à bois privées

7.113 Le Nouveau-Brunswick est la province la plus boisée du Canada, 85 % de son territoire étant recouvert de forêt. Environ la moitié de ces terres boisées appartiennent à la Couronne. La *Loi sur les terres et forêts de la Couronne* renvoie à trois catégories distinctes de terres autres que les terres de la Couronne, qui forment ce qu'on appelle des « terres à bois privées ». Ces trois catégories sont : les boisés privés (30 % des terres boisées), les tenures libres (18 % des terres boisées) et les terres privées d'une superficie globale de 5 000 hectares ou plus qui appartiennent à une seule personne.

7.114 Nous avons effectué une vérification afin de déterminer si des mécanismes et méthodes appropriés étaient en place pour encourager l'aménagement des forêts situées sur des terres à bois privées en tant que source principale (durable) d'approvisionnement en bois des établissements de transformation du bois de la province.

7.115 Nous avons adressé 17 recommandations au ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie. C'est la deuxième année pour laquelle nous faisons rapport sur les progrès réalisés par le ministère.

7.116 Au total, six recommandations sont maintenant adoptées. Le ministère a exprimé son accord avec les 11 autres recommandations et, dans de nombreux cas, d'importants progrès ont eu lieu en vue de leur mise en œuvre. Voilà qui est une amélioration par rapport à l'année dernière, lorsque nous signalions que seulement une recommandation avait été mise en œuvre.

7.117 Les cinq recommandations qui suivent ont été adoptées durant l'année écoulée.

7.118 Nous avions recommandé que le ministère examine la formule de financement des activités sylvicoles et qu'il établisse des lignes directrices qui fixent des limites acceptables pour les frais d'administration. La formule devrait faire en sorte que les offices de commercialisation optimisent la zone traitée grâce aux fonds fournis.

7.119 Nous avions recommandé que le ministère examine la formule de financement pour l'affectation de fonds de sylviculture aux offices de commercialisation pour faire en sorte que les terres privées de 5 000 hectares reçoivent l'attention nécessaire dans la répartition des fonds.

7.120 Nous avions recommandé que le ministère mette en vigueur les dispositions de surveillance prévues au paragraphe 40(1) et à l'article 45 de la *Loi sur les terres et forêts de la Couronne*.

7.121 Nous avions recommandé que le ministère élabore un programme de surveillance actif des exportations de bois en provenance des terres à bois privées. Des mesures correctrices pertinentes devraient être prises pour encourager l'aménagement des terres à bois privées comme source principale d'approvisionnement en bois des installations de transformation du bois du Nouveau-Brunswick.

7.122 Nous avions recommandé que le ministère mette au point un moyen d'assurer l'exactitude des chiffres sur la coupe annuelle pour toutes les catégories de terres à bois privées.

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

Fonds pour l'aménagement des terres

7.123 Le gouvernement provincial est propriétaire de plus de 7 000 biens-fonds qui occupent une surface d'environ 3 millions d'hectares. Le gouvernement est aussi propriétaire de 2,1 millions d'hectares de terres submergées. Étant donné l'étendue des biens-fonds dont le gouvernement provincial est propriétaire et qu'il utilise pour la prestation de ses programmes, et vu l'importance d'assurer une bonne intendance de ce bien de grande valeur, nous avons décidé d'étudier diverses questions relatives à la gestion des terres. Nous avons choisi de faire porter notre vérification sur le Fonds pour l'aménagement des terres en raison de son rôle central dans les avoirs fonciers du gouvernement provincial.

7.124 Onze recommandations ont découlé de notre vérification. L'année dernière, nous signalions que trois recommandations avaient été mises en œuvre et que le ministère n'était pas d'accord avec quatre recommandations.

7.125 Ces quatre autres recommandations n'ont toujours pas été adoptées. Toutefois, le ministère a réalisé des progrès durant l'année. En particulier, un contrat a été signé en vue de l'élaboration d'un nouveau système d'information foncière. La mise au point du système donnera suite à deux des recommandations en suspens.

Ministère des Transports

Services de génie-conseil et matériaux routiers

7.126 Au cours de vérifications antérieures, nous avions examiné les systèmes d'inventaire et d'achat utilisés pour acheter des services de génie-conseil. Nous avions alors relevé des possibilités d'amélioration considérables et formulé des recommandations en conséquence. Bien que bon nombre des recommandations aient été acceptées, ce n'est pas le cas pour toutes. Nous avons décidé d'examiner les activités actuelles d'achat et de tenue d'inventaire pour voir si le ministère s'est amélioré.

7.127 La vérification avait donné lieu à 20 recommandations. Au total, 5 recommandations ont été mises en œuvre, dont 2 au cours de l'année écoulée. Le ministère est d'accord avec 13 recommandations et, dans plusieurs cas, des progrès ont été réalisés en vue de leur adoption. Par ailleurs, il est maintenant établi que le ministère n'est pas d'accord avec deux des recommandations.

7.128 Voici les recommandations mises en œuvre durant l'année.

7.129 Nous avions recommandé que le ministère détermine si la directive permettant l'achat indirect de biens par l'entremise des entrepreneurs, au lieu de l'achat direct des fournisseurs, permet de réaliser des économies.

7.130 Le ministère effectue systématiquement de telles évaluations.

7.131 Nous avions recommandé que le ministère effectue une étude coûts-avantages en bonne et due forme pour déterminer si la prolongation de la garantie sur le produit dans les contrats assortis de « spécifications de produit fini » (SPF) serait bénéfique pour le gouvernement provincial. Si les résultats de l'étude montrent qu'une prolongation de la garantie serait avantageuse, il faudrait alors adopter une telle politique.

7.132 De façon générale, l'étude coûts-avantages recommandée a eu lieu. Le ministère a décidé de ne pas prolonger la garantie sur les produits, et sa conclusion repose sur le rapport d'un consultant externe.

7.133 Le ministère n'est pas d'accord avec les deux recommandations suivantes.

7.134 Le ministère devrait faire une étude coûts-avantages en bonne et due forme pour déterminer à partir de quelle taille de contrat il vaut la peine d'adopter les SPF pour optimiser les ressources des contribuables du Nouveau-Brunswick.

7.135 Nous avions recommandé que le ministère intègre des SPF à tous les contrats d'asphaltage lorsqu'il est avantageux de le faire sur le plan des coûts.

7.136 Dans sa réponse, le ministère a déclaré que, comme le cycle de vie de l'asphalte est de 12 à 15 ans, il n'y a pas à l'heure actuelle de moyens adéquats de déterminer les effets sur la durée moyenne à l'aide des SPF.

Bureau du contrôleur

Système provincial de comptabilité financière

7.137 Depuis quelques années, le Bureau du contrôleur procède à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un nouveau système de comptabilité financière. Le Bureau du contrôleur a personnalisé un logiciel appelé Oracle Financials en vue de son utilisation par le gouvernement provincial. Étant donné son importance et le fait que nous dépendons de ce système pour faire notre vérification des états financiers de la province, nous avons décidé de l'examiner. Notre examen a porté principalement sur la sécurité du système.

7.138 Nous avions formulé six recommandations à l'issue de notre examen du système. L'année dernière, nous signalions que l'une des recommandations avait été mise en œuvre, alors qu'une recommandation était rejetée. Par ailleurs, une recommandation n'est plus pertinente parce qu'elle est devenue désuète. Durant l'année écoulée, le Bureau du contrôleur a donné suite à une autre recommandation.

7.139 Nous avons recommandé que le Bureau du contrôleur approuve par écrit en bonne et due forme les décisions relatives à la mise en œuvre du système. Cette approbation devrait être accompagnée d'une preuve écrite montrant que le système est doté des contrôles internes adéquats et que ces contrôles sont efficaces.

7.140 Les deux recommandations qui restent sont partiellement mises en œuvre, et nous continuerons à suivre les progrès de leur adoption.

Recommandations de 2001

7.141 C'est le premier suivi que nous faisons des recommandations de 2001.

Ministère de l'Éducation

Transport scolaire

7.142 Sur les quelque 127 000 enfants d'âge scolaire inscrits dans les écoles du Nouveau-Brunswick, environ 89 000 prennent tous les jours les autobus jaunes bien connus, et 6 000 voyagent à bord d'une mini-fourgonnette, d'un véhicule ou d'un autobus des transports en commun sous contrat. La flotte provinciale compte environ 1 650 autobus provinciaux et sous contrat et 1 500 conducteurs d'autobus provinciaux.

Les parents ont chargé le gouvernement provincial de mettre en place un système de transport scolaire sécuritaire et fiable.

7.143 Comme notre bureau s'intéresse depuis un certain temps au thème de la sécurité, nous avons estimé important de nous pencher sur la question du transport scolaire au Nouveau-Brunswick. Nous croyons que, pour assurer la sécurité des milliers d'élèves transportés dans la province chaque jour, le ministère de l'Éducation doit avoir mis en place des systèmes et des méthodes sûrs pour le faire. De plus, le ministère doit faire preuve de conformité aux normes et aux règlements de sécurité établis par la province.

7.144 Dans notre rapport de 2001, nous avons formulé 74 recommandations à la suite de notre vérification de la Direction du transport scolaire au ministère de l'Éducation. Nous avons constaté avec plaisir que le ministère a pris nos recommandations au sérieux et qu'il a accompli beaucoup en vue de leur adoption. Au cours des deux dernières années, le ministère a donné suite à 50 recommandations et partiellement mises en œuvre 14 recommandations. Nous sommes particulièrement satisfaits des progrès concernant la formation en matière de sécurité pour les élèves et les conducteurs d'autobus ainsi que l'augmentation du nombre d'inspections d'autobus.

7.145 Quatre des recommandations acceptées par le ministère ne sont pas encore adoptées. Le ministère a aussi indiqué que quatre de nos recommandations ne sont pas réalisables ou nécessaires pour l'instant. Deux recommandations ont maintenant perdu leur pertinence en raison de conditions changeantes.

7.146 Voici la liste des recommandations mises en œuvre par le ministère.

7.147 Nous avons recommandé que le ministère revoie ses méthodes actuelles de collecte des données sur les élèves pour s'assurer que la méthode de mise à jour des données la plus sûre possible soit suivie.

7.148 Nous avons recommandé que le ministère élabore et applique une directive interdisant les « élèves debout ». Cette directive devrait être consignée, communiquée, surveillée, exécutée et appliquée de façon uniforme dans toute la province.

7.149 Le ministère devrait fournir des renseignements aux élèves et aux parents sur la question du port de la ceinture de sécurité.

7.150 Nous avons recommandé que le ministère officialise l'entente avec le nouveau ministère de la Sécurité publique pour assurer l'établissement de voies de communication visant à informer le ministère de l'Éducation des pertes de permis.

7.151 Nous avons recommandé que le ministère établisse un mécanisme pour surveiller la validité continue des permis des conducteurs.

7.152 Nous avons recommandé que le ministère obtienne les dossiers de conduite, comme l'exige le règlement. Le ministère devrait aussi examiner les avantages d'obtenir les dossiers de conduite sur une base régulière.

7.153 Nous avons recommandé que le ministère officialise la directive concernant l'obtention d'une vérification de casier judiciaire pour les conducteurs d'autobus. Le ministère devrait s'assurer que la directive est appliquée à l'échelle de la province.

7.154 Nous avons recommandé que le ministère s'assure qu'aucune personne n'est embauchée comme conducteur d'autobus avant d'avoir satisfait aux critères d'embauche.

7.155 Nous avons recommandé que le ministère élabore et mette en œuvre un processus d'embauche uniforme des conducteurs d'autobus.

7.156 Nous avons recommandé que le ministère respecte le règlement en s'assurant que tous les conducteurs de mini-fourgonnette ont suivi le programme de formation obligatoire. Si le ministère juge que des aspects de cette formation ne sont pas pertinents, le règlement devrait être modifié en conséquence.

7.157 Nous avons recommandé que le ministère examine les besoins de formation particuliers des conducteurs de mini-fourgonnette.

7.158 Nous avons recommandé que le ministère définisse ce qu'est une « fourgonnette » aux fins de l'application du règlement.

7.159 Nous avons recommandé que le ministère élabore et fournisse une formation adéquate à l'intention de tous les conducteurs-moniteurs.

7.160 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que tous les conducteurs assistent à un cours de recyclage, comme l'exige le règlement.

7.161 Nous avons recommandé que le ministère mette au point une formation sur la discipline des élèves et qu'il offre cette formation à ses conducteurs d'autobus de manière opportune.

7.162 Nous avons recommandé que le ministère établisse une directive officielle concernant les exigences en matière de premiers soins.

7.163 Nous avons recommandé que le ministère voie à ce que tous les conducteurs renouvellent leur accréditation en premiers soins aux trois ans.

7.164 Nous avons recommandé que le ministère évalue les avantages d'exiger des conducteurs de mini-fourgonnettes et de véhicules sous contrat qu'ils aient une formation en premiers soins.

7.165 Nous avons recommandé que le ministère fournisse la directive 701 à tous les conducteurs de véhicules transportant des élèves. Le ministère devrait en verser un exemplaire signé au dossier de tous les employés.

7.166 Nous avons recommandé que le ministère prévoie des mesures correctrices opportunes et appropriées visant les conducteurs qui n'effectuent pas d'inspection pré-départ.

7.167 Nous avons recommandé que le ministère envisage une révision de la liste de vérification pré-départ actuelle. Cette révision devrait se faire en consultation avec le ministère des Transports, le ministère de la Sécurité publique et les conducteurs d'autobus.

7.168 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que les plaintes déposées contre les conducteurs d'autobus sont adéquatement documentées, y compris les mesures prises par le ministère.

7.169 Nous avons recommandé que le ministère élabore des normes provinciales visant divers problèmes de comportement des élèves et leurs conséquences. Les conducteurs devraient recevoir une formation adéquate sur ces normes.

7.170 Nous avons recommandé que le ministère encourage le recours à des comités d'examen des accidents pour examiner tous les accidents, conformément à la directive.

7.171 Nous avons recommandé que les directeurs généraux établissent et fassent appliquer des règles de bonne conduite, comme l'exige le règlement. S'il est jugé que cette exigence est peu réaliste, le règlement devrait être modifié en conséquence.

7.172 Nous avons recommandé que les directeurs généraux examinent la pertinence et l'efficacité des règles de sécurité pour les autobus et qu'ils apportent les changements nécessaires en temps opportun.

7.173 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que les directeurs généraux comprennent leurs responsabilités en ce qui concerne l'entretien des véhicules et qu'ils s'en acquittent.

7.174 Nous avons recommandé qu'il soit rappelé à tous les directeurs généraux quelles sont leurs responsabilités en vertu du règlement et qu'ils comprennent clairement que ces responsabilités ne peuvent être déléguées.

7.175 Nous avons recommandé que le ministère examine les mécanismes en place pour veiller à ce que les directeurs généraux s'acquittent de leurs responsabilités décrites dans le règlement.

7.176 Nous avons recommandé que le ministère assure la surveillance de la montée de tous élèves à bord des véhicules scolaires et de leur descente, conformément au règlement. Si certains aspects du règlement sont jugés peu réalistes, il faudrait le modifier en conséquence.

7.177 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que la signalisation délimitant clairement les zones de descente et de ramassage des élèves est adéquate.

7.178 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que des exercices d'évacuation d'urgence ont lieu deux fois par année, comme l'exige le règlement.

7.179 Nous avons recommandé que le ministère surveille l'observation par les conducteurs des calendriers d'entretien établis par le ministère des Transports.

7.180 Nous avons recommandé que le ministère se familiarise avec les rapports sur l'entretien des véhicules qui peuvent être obtenus auprès de la section de l'entretien des véhicules du ministère des Transports. Le ministère devrait examiner les rapports pertinents sur une base régulière.

7.181 Nous avons recommandé que le ministère officialise une directive concernant l'emplacement des poubelles à bord des autobus. Le ministère devrait s'assurer que tous les conducteurs sont au courant de la directive et que cette directive est systématiquement appliquée.

7.182 Nous avons recommandé que le ministère évalue le rapport entre le coût et les avantages d'équiper les autobus de dispositifs radio. Les achats d'équipement de sécurité devraient être uniformes à l'échelle de la province.

7.183 Nous avons recommandé que le ministère obtienne du ministère de la Sécurité publique une entente officielle visant le nombre et les genres d'inspections de véhicules qui seront effectuées au hasard. Si cela n'est pas possible, le ministère devrait prendre d'autres arrangements pour obtenir un tel service.

7.184 Nous avons recommandé que le ministère élabore et mette en œuvre un processus officiel pour réagir aux constatations de la Section de l'application des lois sur les véhicules utilitaires, non seulement pour les véhicules mis hors service, mais aussi pour corriger les faiblesses du système que les constatations pourraient mettre au jour

7.185 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que l'étendue de l'inspection des véhicules scolaires est suffisante.

7.186 Nous avons recommandé que le ministère surveille l'entretien et l'état des autobus sous contrat.

7.187 Nous avons recommandé que le ministère établisse des normes provinciales concernant la quantité et le contenu de la formation fournie aux élèves.

7.188 Nous avons recommandé que le ministère fournisse une formation appropriée en matière de sécurité des autobus aux élèves des niveaux intermédiaire et secondaire. Le matériel devrait insister sur le rôle que les enfants plus vieux peuvent jouer en aidant les plus jeunes à suivre les règles et dans les situations d'urgence.

7.189 Nous avons recommandé que le ministère envisage l'ajout d'un élément de formation pratique à son programme, ce qui comprendrait des démonstrations à bord d'un autobus portant sur les voyants lumineux, les signaux, le bras d'éloignement, le bras d'arrêt et les sorties d'urgence.

7.190 Nous avons recommandé que le ministère aborde clairement les principaux risques en matière de sécurité des autobus dans le matériel de formation qu'il remet aux élèves. Le ministère devrait envisager l'utilisation des statistiques nationales sur les accidents comme moyen d'expliquer aux enfants et aux parents où sont les risques.

7.191 Nous avons recommandé que la formation des élèves comprenne une formation sur le protocole à suivre dans les situations d'urgence.

7.192 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que les modalités de contrat sont les mêmes d'une ville à l'autre en ce qui concerne les questions de sécurité.

7.193 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que tous les autobus des transports en commun qui ont des élèves à bord affichent les panneaux appropriés pour indiquer que des élèves montent à bord de l'autobus et en descendent.

7.194 Nous avons recommandé que le ministère surveille et vérifie le respect des contrats.

7.195 Nous avons recommandé que le ministère examine et évalue en bonne et due forme le rendement des transports en commun en fonction de critères pertinents et uniformes.

7.196 Nous avons recommandé que le ministère veille à ce que la directive 701 soit remise à tous les conducteurs parents ou bénévoles.

7.197 Le ministère nous a informés qu'il ne donnerait pas suite aux quatre recommandations qui suivent à la suite de son examen des faits entourant les questions soulevées.

7.198 Nous avons recommandé que le ministère examine le volume de travail des gestionnaires de transport pour s'assurer que des ressources adéquates leur sont fournies afin qu'ils soient en mesure de s'acquitter de leurs différentes responsabilités.

7.199 Nous avons recommandé que le ministère établisse des lignes directrices officielles quant à ce que signifie des personnes « de nature sobre, industrieuses, bien mises et en bonne santé » comme il est décrit dans le règlement afin que ces lignes directrices puissent être appliquées uniformément dans toute la province. Nous avons recommandé que des exemples de l'observation d'un tel critère soient documentés dans les dossiers des employés.

7.200 Nous avons recommandé que le ministère établisse des lignes directrices officielles quant à ce que signifie la capacité de « faire preuve de jugement dans l'utilisation d'un véhicule scolaire ou dans le contrôle des élèves » comme il est décrit dans le règlement afin que ces lignes directrices puissent être appliquées uniformément dans toute la province. Nous avons recommandé que des exemples de l'observation d'un tel critère soient clairement documentés dans les dossiers des employés.

7.201 Nous avons recommandé que le ministère officialise dans une directive les conditions dans lesquelles un véhicule est considéré comme hors service. Le ministère devrait s'assurer que tous les conducteurs sont au courant de la directive et que cette directive est systématiquement appliquée.

Ministère de la Santé et du Mieux-être et ministère des Services familiaux et communautaires

Plan de médicaments sur ordonnance

7.202 C'est notre intérêt à l'égard des services de soins de santé fournis par le gouvernement provincial qui nous a menés à examiner le Plan de médicaments sur ordonnance. Établi en 1976, le programme vise à améliorer et à maintenir le bien-être de la population de la province en mettant certains médicaments à la disposition de groupes de personnes qui ont le moins les moyens d'assumer le coût élevé des médicaments sur ordonnance et de personnes ayant des problèmes de santé particuliers. Environ 15 % de la population profite de ce programme.

7.203 Le programme est composé de plusieurs « plans ». Le plan que nous avons examiné dans le cadre de notre vérification fournit des prestations pharmaceutiques aux personnes qui reçoivent de l'aide au revenu et aux personnes dont les frais de médicaments dépassent leur capacité de payer.

7.204 Tandis que le Plan de médicaments sur ordonnance relève du ministère de la Santé et du Mieux-être, c'est le ministère des Services familiaux et communautaires qui détermine l'admissibilité à une aide financière visant à payer les coûts des médicaments dans le cadre de ce plan.

7.205 L'objectif de notre vérification était de déterminer si les ministères avaient en place des mécanismes et des méthodes appropriés pour faire en sorte que le programme soit offert à toutes les personnes admissibles et que les prestations ne soient pas fournies à des personnes inadmissibles.

7.206 La vérification a donné lieu à 17 recommandations. Dix des recommandations visaient les deux ministères, car les problèmes cernés nécessitaient qu'ils collaborent à la solution. Sept recommandations visaient uniquement le ministère des Services familiaux et communautaires.

7.207 Les ministères ont eu très peu de succès dans l'adoption des recommandations. Aucune des recommandations n'a été pleinement mise en œuvre et seulement six recommandations ont fait l'objet de progrès marqués jusqu'à présent. Nous sommes déçus du peu de progrès réalisé et incitons les ministères à travailler ensemble pour traiter les questions relevées dans notre vérification.

Ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie

Gestion des terres de la Couronne

7.208 La *Loi sur les terres et forêts de la Couronne* assigne au ministre des Ressources naturelles et de l'Énergie des responsabilités à l'égard des terres de la Couronne et des terres à bois privées. À l'automne 1999, nous avons entrepris une vérification d'une durée de deux ans pour examiner les responsabilités du ministre dans ces deux domaines.

7.209 Dans notre rapport de 2000, nous avons examiné les responsabilités du ministre à l'égard des terres à bois privées, telles qu'elles sont décrites au paragraphe 3(2) de la loi. En 2001, nous avons

poursuivi notre examen avec la phase II de notre travail en faisant rapport sur les responsabilités du ministre à l'égard des terres de la Couronne.

7.210 Nous avons adressé 10 recommandations au ministère. À la suite du travail de suivi que nous avons effectué cette année, nous sommes en mesure de signaler que le ministère a adopté trois des recommandations et pris des mesures envers la mise en œuvre d'une quatrième. Bien que le ministère soit généralement d'accord avec les six autres recommandations, leur adoption a très peu avancé.

7.211 Voici les trois recommandations qui ont été adoptées.

7.212 Nous avons recommandé que le ministère examine les coûts et les avantages du processus de certification pour les terres de la Couronne. Le processus de certification devrait comprendre un système plus officiel de sollicitation et de réception de l'apport du public dans l'établissement des objectifs visant à aider le ministre à s'acquitter de ses responsabilités à l'égard des terres de la Couronne.

7.213 Nous avons recommandé que le ministère fournisse dans son rapport annuel de l'information sur la pertinence de ses programmes à l'égard des terres de la Couronne.

7.214 Nous avons recommandé que le ministère dépose son rapport annuel au plus tard à la date limite du 1er novembre.

7.215 Une quatrième recommandation a eu des suites, mais la solution n'est pas ce qui avait été envisagée.

7.216 Nous avons recommandé que le sommaire de l'activité des titulaires de permis de coupe sur les terres de la Couronne soit publié dans le rapport annuel du ministère à la conclusion de chaque plan d'aménagement de cinq ans. Le ministère devrait aussi envisager de fournir une mise à jour annuelle sur les progrès réalisés pour combler les lacunes signalées.

7.217 Le ministère a déposé le sommaire à l'Assemblée législative et l'a affiché sur son site Web. Il a aussi déclaré qu'il est disposé à faire des renvois entre son rapport annuel et le site Web.

Ministère de la Sécurité publique

Conducteurs à risque élevé

7.218 L'intérêt continu que notre bureau porte à la sécurité publique nous a amenés à examiner le domaine de la sécurité routière. Après analyse, nous avons décidé de concentrer nos efforts sur ce qu'on appelle les conducteurs à risque élevé de voitures particulières. Le gros de notre travail a eu lieu au ministère de la Sécurité publique. Nous avons aussi communiqué avec des services de police, le secteur des

assurances, des chercheurs universitaires et un spécialiste en services de conduite adaptatifs.

7.219 À l'issue de notre vérification, nous avons adressé 18 recommandations au ministère de la Sécurité publique. De façon générale, le ministère a réalisé des progrès marqués dans l'adoption des recommandations. À l'heure actuelle, on constate que six recommandations ont été mises en œuvre et sept autres sont partiellement adoptées. Le ministère est d'accord avec les cinq autres recommandations.

7.220 Les recommandations mises en œuvre sont les suivantes.

7.221 Nous avons recommandé que le ministère entame des discussions et un programme d'éducation continue auprès des médecins et des optométristes du Nouveau-Brunswick pour contribuer à l'observation des paragraphes 309.1(1) et 309.2(1) de la *Loi sur les véhicules à moteur*.

7.222 Nous avons recommandé que le ministère affecte clairement la responsabilité de surveiller et de mettre à jour de façon continue la définition de conducteur à risque élevé. De plus, ce traitement de la définition devrait être un élément essentiel des initiatives de changement nationales et provinciales visant à améliorer la sécurité des voyageurs.

7.223 Nous avons recommandé que le ministère consigne par écrit les pratiques actuelles en matière d'inspection des écoles de conduite, surtout en ce qui a trait à la fréquence des vérifications et aux exigences documentaires.

7.224 Nous avons recommandé que l'examen subi par les instructeurs soit amélioré pour permettre de vérifier leur connaissance des éléments particuliers qu'un instructeur de conduite doit savoir. Un tel examen contribuera à faire en sorte que seuls des instructeurs qualifiés enseignent aux apprentis conducteurs.

7.225 Nous avons recommandé que le ministère continue à travailler avec Services Nouveau-Brunswick pour veiller à ce que des changements soient apportés aux systèmes informatiques afin de permettre la collecte des renseignements pertinents en temps opportun. Le ministère doit s'assurer que ces changements permettront d'évaluer de manière efficace le rendement des programmes de formation des conducteurs.

7.226 Nous avons recommandé que le ministère étudie la mesure dans laquelle la responsabilité globale des objectifs énoncés dans *Vision sécurité routière 2010* peut être attribuée à un poste, par exemple celui de registraire.

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

Archives provinciales du Nouveau-Brunswick

7.227 L'information contenue dans les documents conservés aux Archives provinciales est irremplaçable et a une valeur importante pour la population du Nouveau-Brunswick. Le maintien de cette information est une responsabilité importante, à laquelle plusieurs risques sont associés. Notre vérification a consisté à examiner l'acquisition, l'évaluation, le tri, le classement et la description des documents. Nous avons aussi examiné les risques relatifs à la conservation ainsi que, de manière plus générale, le mandat de l'organisation et la présentation de l'information sur le rendement.

7.228 Au total, 25 recommandations ont été adressées au ministère à l'issue de notre vérification. Douze de ces recommandations ont été adoptées depuis, et quatre d'entre elles sont partiellement mises en œuvre. Parmi les neuf recommandations qui restent, le ministère est d'accord avec huit d'entre elles et n'est pas d'accord avec une.

7.229 Les recommandations qui suivent ont été adoptées.

7.230 Nous avons recommandé que les Archives élaborent un plan de relève officiel en vue du remplacement du personnel clé qui prendra sa retraite dans le cadre du Programme de retraite anticipée volontaire.

7.231 Nous avons recommandé que la directive sur la conservation et la liste de contrôle de la gestion des risques élaborées par le conservateur soient achevées et adoptées le plus tôt possible.

7.232 Nous avons aussi recommandé que les Archives continuent à jouer un rôle central dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de gestion des documents électroniques pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

7.233 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services procède à la conception et à la construction du nouveau dépôt des Archives. Ce nouveau dépôt réglera les questions soulevées ci-dessus, pourvu que le dépôt soit conçu de manière à combler les lacunes actuelles en matière d'entreposage.

7.234 Nous avons recommandé que le dépôt prévu soit d'une taille suffisante pour abriter l'ensemble des fonds archivistiques actuels des Archives provinciales et permettre l'expansion des fonds durant une période future raisonnable.

7.235 Nous avons recommandé que la conception du dépôt intègre la capacité de surveiller la température, le taux d'humidité et le niveau de pollution et de les régler de manière conforme aux exigences archivistiques en matière d'entreposage.

7.236 Nous avons recommandé que la conception du dépôt comprenne des dispositifs de détection de l'eau pour avertir les Archives en cas d'infiltration d'eau, surtout durant les heures où les installations d'entreposage sont sans surveillance.

7.237 Nous avons recommandé que des installations d'entreposage (rayonnages et classeurs) et des contenants adéquats soient fournis pour chaque genre de support archivistique (p. ex. les documents cartographiques doivent être entreposés à plat dans des classeurs appropriés pour minimiser les dommages dus à leur manipulation).

7.238 Nous avons recommandé que la chambre d'entreposage froide dont il est fait don soit intégrée à la conception du nouveau dépôt afin de permettre l'entreposage adéquat de la collection de films des Archives.

7.239 Nous avons recommandé qu'un plan logistique soit dressé avant l'achèvement du dépôt pour faire en sorte que le transfert des documents d'archives ait lieu de façon sûre et efficace, sans que les activités courantes des Archives s'en trouvent indûment dérangées.

7.240 Nous avons recommandé que le remplaçant du conservateur soit nommé avant le départ à la retraite du conservateur actuel de façon à allouer suffisamment de temps pour sa formation et le transfert des connaissances.

7.241 Nous avons recommandé que le plan stratégique rédigé en 1993 soit mis à jour tel que prévu durant l'exercice 2001-2002. Cette mise à jour devrait comprendre l'élaboration d'objectifs stratégiques mesurables pour les Archives et la mise à jour du plan d'action de l'organisation.

7.242 La recommandation qui suit n'a pas été acceptée.

7.243 Nous avons recommandé, dans le cas où le gouvernement n'est pas en mesure d'affecter un financement adéquat, que des modifications soient proposées à la *Loi sur les archives* pour aligner le mandat sur ce qui est réalisable avec les ressources fournies par le gouvernement. Si cette deuxième option est retenue, il y aurait lieu d'analyser avec soin les coûts potentiels relatifs à la perte d'information avant de prendre des mesures.

7.244 Le ministère n'envisage pas d'adopter une telle option, comme il l'explique dans sa réponse :

> *La limitation de notre mandat signifierait que le gouvernement ne serait pas en possession des documents dont il a besoin pour répondre aux contestations juridiques et administratives et nuirait de façon irréparable à la capacité du gouvernement de*

conserver les documents historiques, la mémoire et les ressources culturelles qui constituent un droit pour la population du Nouveau-Brunswick. [Traduction.]

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

Achats

7.245 Nous avons mené au ministère de l'Approvisionnement et des Services une vérification ayant pour objectif de déterminer si le ministère avait des mécanismes et des méthodes appropriés en place pour s'assurer que le ministre s'acquittait de certaines responsabilités clés que lui confie la *Loi sur les achats publics*.

7.246 La vérification a porté sur les appels d'offres et les demandes de soumissions relatifs aux achats, les dispenses et les traitements préférentiels et l'assurance de la conformité des organismes financés par le gouvernement et des ministères aux responsabilités assignées par la loi.

7.247 Alors que, dans l'ensemble, nous avons été satisfaits de la manière dont le ministère s'acquittait de ses responsabilités, nous avons tout de même trouvé des cas dans lesquels des améliorations étaient possibles. En conséquence, nous avons formulé 17 recommandations.

7.248 Pour cette première année de suivi, nous avons constaté que le ministère a adopté deux des recommandations et mis partiellement en œuvre trois recommandations. Le ministère s'est dit d'accord avec 11 recommandations, mais celles-ci sont toujours à l'étude ou n'ont fait l'objet d'aucune mesure d'importance jusqu'à présent. Le ministère a décidé de ne pas donner suite à une recommandation.

7.249 Le ministère a mis en œuvre les recommandations suivantes.

7.250 Nous avons recommandé que le ministère de l'Approvisionnement et des Services se conforme aux mesures législatives et qu'il demande des propositions de prix aux fournisseurs au lieu de laisser les ministères s'en occuper.

7.251 Nous avons recommandé que les contrats fassent l'objet d'un nouvel appel d'offres au minimum à tous les cinq ans, à moins que le Conseil de gestion en approuve la prolongation.

7.252 Après avoir de nouveau examiné la question, le ministère a décidé de ne prendre aucune autre mesure concernant la recommandation suivante.

7.253 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que les contrats de longue durée contiennent des dispositions qui protègent le gouvernement provincial contre les hausses de prix non prévues dans le contrat.

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

Contrats visant les professionnels en TI

7.254 Le ministère de l'Approvisionnement et des Services a établi un marché de prestation pour les ministères qui veulent acheter des services de différents professionnels en technologie de l'information. Nous avons examiné le contrat pour déterminer la conformité du ministère à ses modalités.

7.255 À l'issue de la vérification, nous avons adressé au ministère de l'Approvisionnement et des Services sept recommandations visant à améliorer le processus. Nous avons constaté avec plaisir que le ministère a mis en œuvre six des recommandations. De plus, il a pris des mesures en vue de donner suite à la dernière recommandation en 2003-2004.

7.256 Les recommandations qui suivent ont été adoptées.

7.257 Nous avons recommandé que le ministère modifie les modalités du marché de prestation de services informatiques (marché SI) de façon à définir plus explicitement l'intention de ce marché de prestation de services. En particulier, le ministère devrait fournir des exemples d'utilisations acceptables et inacceptables du marché SI, y compris montrer quand les ministères devraient obtenir un service par appel d'offres, et quand l'obtenir en vertu du marché SI.

7.258 Nous avons recommandé que le ministère modifie les modalités du marché SI de façon à clairement définir les termes clés, en particulier les termes « compétences particulières », « besoins à court terme » et « projet technologique complet ». Le ministère devrait aussi fournir des exemples sur la façon de bien structurer un contrat.

7.259 Nous avons recommandé que le ministère modifie les modalités du marché SI de façon à y inclure une clause précisant que les ministères sont chargés de la surveillance et du suivi des heures de travail des personnes sous contrat pour tous les contrats passés en vertu du marché SI.

7.260 Nous avons recommandé que les ministères obtiennent au moins trois propositions de prix de vendeurs avant d'adjuger un contrat SI. Ces propositions de prix devraient être documentées et conservées en dossier avec le contrat signé. Dans les cas où il est impossible d'obtenir trois propositions de prix, le directeur des TI devrait documenter les raisons.

7.261 Nous avons recommandé que chaque contrat contienne un énoncé clair et détaillé des travaux.

7.262 Nous avons recommandé que les ministères s'assurent que le dossier de chaque contrat SI contient un relevé du total des

paiements versés en vertu du contrat, comme l'exigent les modalités du marché SI.

Ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture

Vérification des contrôles

7.263 Le ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture offre un certain nombre de services à l'industrie agroalimentaire à partir de plusieurs bureaux régionaux répartis dans la province. Bon nombre de ces services sont sources de recettes pour le ministère en raison de frais d'utilisation, de la vente de produits et d'arrangements de paiement par service. Les recettes provenant des Services de médecine vétérinaire représentent la plus grande part. Des membres du personnel dans chaque région s'occupent des ventes et perçoivent les fonds. Le nombre élevé de membres du personnel qui traitent les rentrées de fonds et la structure décentralisée rendait encore plus importante la présence de contrôles internes adéquats.

7.264 Nous avons effectué une vérification pour voir si des contrôles adéquats étaient exercés sur la manipulation d'argent et les stocks des services vétérinaires et sur tous les comptes débiteurs du ministère. Nous avons adressé huit recommandations au ministère à l'issue de la vérification.

7.265 Le ministère a fait un excellent travail à l'égard de ces recommandations, et nous sommes en mesure de signaler que les huit recommandations ont été mises en œuvre depuis la publication de notre rapport il y a deux ans.

7.266 Le ministère devrait établir des directives précises concernant la manipulation d'argent pour traiter les problèmes uniques auxquels le ministère fait face en raison d'un système de perception décentralisé. Les directives devraient être uniformes d'une région à l'autre.

7.267 Il devrait être officiellement attribué à un employé qui n'est chargé d'aucune façon de la comptabilité et de la manipulation d'argent la responsabilité d'examiner et d'approuver les rapports sur les notes de crédit et toutes les radiations. Une personne extérieure à la fonction de manipulation d'argent devrait entrer les radiations dans le système comptable.

7.268 Un système de comptes interministériels devrait être établi, ce qui permettrait aux bureaux régionaux d'inscrire dans le système comptable les paiements perçus pour d'autres ministères et de déposer les fonds dans le compte bancaire du ministère. On ne devrait pas envoyer d'espèces par courrier. Le ministère devrait mettre à jour ses directives écrites afin de traiter la manipulation des opérations interministérielles.

7.269 Des directives claires sur les stocks devraient être élaborées pour traiter de l'accès, des radiations et des produits endommagés.

En particulier, les surveillants régionaux des vétérinaires devraient être tenus d'approuver tous les rajustements de stocks, y compris les biens endommagés, les écarts dans le dénombrement et les produits périmés non retournés contre un crédit.

7.270 Toutes les régions devraient être mises au courant de la directive écrite du ministère.

7.271 Les surveillants régionaux des vétérinaires devraient être officiellement chargés de l'examen et de l'approbation de toute radiation de stocks.

7.272 Le ministère devrait fournir au public de l'information de meilleure qualité sur les directives concernant l'établissement des tarifs, les coûts, la récupération et les avantages de chaque genre de service ou de programme pour lequel un droit est exigé. Les coûts devraient inclure à la fois les coûts directs comme les traitements et le matériel et les coûts indirects comme les frais généraux et autres frais administratifs qui découlent de la prestation du programme.

7.273 Le ministère devrait instaurer de nouveaux contrôles pour s'assurer que la totalité du temps imputable est facturée.

Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux

Districts de services locaux

7.274 Dans le cadre de notre vérification des états financiers de la province pour l'exercice terminé le 31 mars 2001, nous avons examiné les systèmes et les procédures utilisés pour consigner les dépenses des districts de services locaux. À l'issue de la vérification, nous avons adressé trois recommandations au ministère. Nous avons le plaisir de signaler que le ministère a adopté toutes les recommandations.

7.275 Les représentants des services municipaux devraient exiger des personnes des DSL qu'elles fassent leurs demandes d'achat par écrit.

7.276 Pour assurer l'intégralité des dépenses des DSL, les représentants des services municipaux devraient surveiller les coûts continus des autres ministères pour aider à faire en sorte que les dépenses soient consignées. Les RSM devraient rappeler aux ministères que, s'il y a des écritures à faire, les coûts doivent être transférés aux DSL.

7.277 Le bureau central du ministère devrait montrer aux représentants des services municipaux comment correctement faire un rapprochement mensuel. Le RSM devrait, pour chaque DSL, rapprocher le montant total des dépenses consignées dans le système de comptabilité financière de la province et le montant total consigné dans le grand livre du RSM. Tous les éléments de rapprochement devraient être énumérés et examinés.

Ministère des Finances

Examen de l'application Oracle pour comptes débiteurs

7.278 En avril 1999, le ministère des Finances a mis en service un nouveau système pour comptes débiteurs, l'application Oracle. Notre bureau a fait l'examen de l'application Oracle pour comptes débiteurs dans le cadre d'un projet à long terme prévoyant l'examen de tous les systèmes informatiques clés pour soutenir notre opinion sur les états financiers de la province. De plus, comme il s'agit d'un système relativement nouveau, nous étions d'avis que notre examen pouvait aider le ministère à repérer des secteurs susceptibles d'être améliorés.

7.279 À la suite de notre examen, nous avons formulé six recommandations. Nous avons le plaisir de signaler que les six recommandations ont été mises en œuvre.

7.280 Nous avons recommandé que le ministère examine et simplifie la présentation du rapprochement d'Oracle pour comptes débiteurs et d'Oracle pour grand livre. Ce rapprochement devrait être documenté et effectué aux trimestres. Il faudra réviser ce rapprochement de façon périodique pour assurer son exactitude et son à-propos.

7.281 Nous avons recommandé que le ministère examine les responsabilités actuellement attribuées aux utilisateurs pour s'assurer que le niveau d'accès autorisé est approprié et que les responsabilités ne sont pas incompatibles.

7.282 Le ministère devrait examiner le cas des 11 utilisateurs qui ont reçu un accès complet au système pour s'assurer qu'un tel niveau d'accès est approprié dans toutes les circonstances.

7.283 Nous avons recommandé que le ministère veille à ce que toutes les demandes d'accès des utilisateurs suivent les procédures écrites établies par le ministère. Le ministère devrait aussi examiner et modifier le formulaire de demande d'accès à l'application Oracle Financials pour comptes débiteurs pour le rendre plus facile à remplir dans le cas de modifications visant le niveau d'accès d'un utilisateur. Le ministère devrait en plus établir et documenter les procédures visant à mettre fin à l'accès au système d'un utilisateur.

7.284 Nous avons recommandé que le ministère élabore une directive concernant l'accès des utilisateurs à l'application Oracle pour comptes débiteurs.

7.285 Nous avons recommandé que le ministère donne une formation plus poussée à la direction et au personnel au sujet de l'utilisation de l'application Oracle pour comptes débiteurs. Nous avons aussi recommandé que le gestionnaire de système reçoive une formation plus détaillée et plus avancée sur l'utilisation du logiciel.

Réseau de formation à distance du Nouveau-Brunswick Inc.

7.286 Le Réseau de formation à distance du Nouveau-Brunswick Inc. a été constitué en 1994 en vertu de la *Loi sur les compagnies*. Il offre un soutien financier et administratif à TéléÉducation NB et au programme NB Branché en contribuant à diverses initiatives d'apprentissage électronique. Le réseau est une entité gouvernementale à but non lucratif géré par TéléÉducation NB; il joue un rôle clé dans l'arrangement de partenariats et est admissible à des fonds de sources fédérales.

7.287 Notre travail a principalement porté sur la relation entre le Réseau de formation à distance et les dépenses au titre de TéléÉducation, et le programme TéléÉducation NB du ministère de l'Éducation. Notre travail de vérification visait à mieux comprendre le programme TéléÉducation et le Réseau de formation à distance dans le but de déterminer si le réseau devrait faire partie de l'entité comptable du gouvernement.

7.288 Nous avons conclu que le Réseau de formation à distance devrait faire partie de l'entité comptable. Nous avons formulé cinq recommandations à la suite de notre travail. Quatre de ces recommandations sont maintenant adoptées; bien que la cinquième recommandation ait été acceptée, aucun progrès marqué n'a eu lieu jusqu'à présent.

7.289 Les recommandations qui suivent ont été mises en œuvre.

7.290 Nous avons recommandé que des états financiers annuels soient préparés.

7.291 Nous avons recommandé que le ministère s'assure qu'une vérification indépendante est effectuée et que les résultats de la vérification sont rendus publics.

7.292 Nous avons recommandé que le Réseau de formation à distance suive les lignes directrices du gouvernement pour assurer une gestion et une protection adéquates des biens mobiliers.

7.293 Nous avons recommandé que le Réseau de formation à distance mette en œuvre une directive pour exiger le respect des lignes directrices de la *Loi sur les achats publics* et de ses règlements.

(g) procedures have not been established to measure and report on the effectiveness of programs, where, in the opinion of the Auditor General, the procedures could appropriately and reasonably be used; or

(h) procedures established to measure and report on the effectiveness of programs were not, in the opinion of the Auditor General, satisfactory.

Submission of Annual Report

13(3) Each annual report by the Auditor General to the Legislative Assembly shall be submitted to the Speaker of the Legislative Assembly on or before the thirty-first day of December in the year to which the report relates and the Speaker of the Legislative Assembly shall table each such report before the Legislative Assembly forthwith after receipt thereof by him or, if the Legislative Assembly is not then in session, within ten days following the commencement of the next ensuing session of the Legislative Assembly.

13(4) If the Legislative Assembly is not in session when the Auditor General submits his annual report, the Speaker shall cause a copy of the report to be filed with the Chairman of the Standing Committee on Public Accounts for review by that Committee if the Committee has been authorized to sit after prorogation by a resolution of the Legislative Assembly pursuant to the *Legislative Assembly Act*.

Other Reporting Responsibilities

14(1) Whenever it appears to the Auditor General that any public money has been improperly retained by any person, he shall forthwith report the circumstances of the case to the Minister of Finance.

14(2) The Auditor General may advise appropriate officers and employees in the public service of New Brunswick of matters discovered in his examinations and, in particular, may draw any such matter to the attention of officers and employees engaged in the conduct of the business of the Board of Management.

(g) des procédures n'ont pas été établies pour mesurer l'efficacité des programmes et en faire rapport, lorsque, de l'opinion du vérificateur général, les procédures pourraient être utilisées de façon appropriée et raisonnable; ou

(h) des procédures établies pour mesurer l'efficacité des programmes et en faire rapport n'étaient pas, de l'opinion du vérificateur général, satisfaisantes.

Présentation du rapport annuel

13(3) Chaque rapport annuel du vérificateur général à l'Assemblée législative est soumis à l'Orateur de l'Assemblée législative au plus tard le trente et un décembre de l'année à laquelle il se rapporte, et L'Orateur doit le déposer devant l'Assemblée législative immédiatement, ou, si l'Assemblée ne siège pas, dans les 10 jours de l'ouverture de la session suivante.

13(4) Si l'Assemblée législative ne siège pas lors du dépôt du rapport annuel par le vérificateur général, l'Orateur doit en faire déposer une copie auprès du président du comité permanent des comptes publics pour être examiné par ce comité si le comité a été autorisé à siéger après prorogation par une résolution de l'Assemblée législative conformément à la *Loi sur l'Assemblée législative*.

Autres rapports à présenter

14(1) Le vérificateur général adresse, sans délai au ministre des Finances un rapport circonstancié sur tous les cas qui, à son avis, constituent une rétention irrégulière de deniers publics.

14(2) Le vérificateur général peut informer les cadres et employés concernés de la Fonction publique du Nouveau-Brunswick des faits découverts au cours de ses examens et notamment signaler ces faits aux cadres et employés affectés aux affaires du Conseil de gestion.

Assistance to Public Accounts Committee

15 At the request of the Standing Committee on Public Accounts, the Auditor General, or any employee of the Office of the Auditor General or any person appointed pursuant to a contract for professional services who is designated by the Auditor General, shall attend at the meetings of the Committee in order to assist the Committee

(a) in planning the agenda for review of the Public Accounts and the annual report of the Auditor General, and

(b) during its review of the public Accounts and the annual report of the Auditor General.

Aide au comité des comptes publics

15 Sur la demande du comité permanent des comptes publics, le vérificateur général, ou tout employé de son bureau ou toute personne nommée par suite d'un contrat de services professionnels et désignée par le vérificateur général doivent assister aux réunions du comité pour l'aider

(a) à préparer l'ordre du jour de l'examen des comptes publics et le rapport annuel du vérificateur général, et

(b) à conduire l'examen même des comptes publics et le rapport annuel du vérificateur général.

Chapitre 8
Bureau du vérificateur général

Contenu

Contexte 205
Rôle et pertinence du bureau 205
Nouveau plan stratégique 206
Indicateurs du rendement 207
Informations financières 210
Ressources humaines 212

Bureau du vérificateur général

Contexte

8.1 Depuis quelques années, notre rapport contient une liste de contrôle ayant trait à l'évaluation de notre conformité à la directive gouvernementale sur les rapports annuels. Une version comparative pour 2003 est présentée plus loin.

Pièce 8.1
Liste d'autoévaluation

	2003	2002
Un rapport a-t-il été préparé?	Oui	Oui
La pertinence des programmes y est-elle discutée?	Oui	Oui
Les buts et les objectifs y sont-ils énoncés?	Oui	Oui
Le rapport traite-t-il de la réalisation des plans?	Oui	Oui
Y présente-t-on des indicateurs du rendement?	Oui	Oui
Y présente-t-on des détails sur le niveau de satisfaction des clients?	Oui	Oui
Y présente-t-on des informations financières réelles et prévisionnelles?	Oui	Oui
Le rapport explique-t-il les écarts par rapport au budg	Oui	Oui

Rôle et pertinence du bureau

Notre rôle

8.2 Notre rôle au sein des services publics de la province est unique. Nous sommes indépendants du gouvernement en poste et nous fournissons de l'information directement à l'Assemblée législative. Cette information aide l'Assemblée législative à remplir son rôle consistant à tenir le gouvernement responsable de la façon dont les fonds publics sont gérés et les services sont fournis. Nous aidons également le gouvernement en formulant des recommandations à l'intention des hauts fonctionnaires des ministères et organismes que nous vérifions.

Notre mission

8.3 **Nous favorisons la reddition de comptes en fournissant de l'information objective à la population du Nouveau-Brunswick par l'entremise de l'Assemblée législative.**

Pertinence de notre bureau

8.4 Notre rapport de 2002 a suscité beaucoup d'intérêt. Cinq cent cinquante exemplaires ont été imprimés et distribués. Il est également possible de consulter notre rapport sur Internet, et nous tenons le compte du nombre de visites sur le site de notre rapport. Au cours de la période de quatre mois suivant la parution du rapport, plus de 3 000 visites ont eu lieu sur le site du rapport complet. Les chapitres individuels ont aussi été consultés. Le 17 décembre 2002, date de la parution de notre rapport, plus de 4 800 visites ont été enregistrées sur notre site Web. Les discussions que suscitent nos constatations à l'Assemblée législative

ainsi qu'au Comité des comptes publics et au Comité des corporations de la Couronne prouvent la pertinence continuelle de notre travail.

8.5 Chaque année, nous incluons dans notre rapport des sujets qui, à notre avis, sont importants pour l'Assemblée législative et pour le public. Il s'agit entre autres de nos constatations, conclusions et recommandations découlant du travail de vérification effectué durant l'exercice.

8.6 Notre service comprend également des conclusions de vérification distinctes sur la fiabilité des états financiers. Ces conclusions (rapports de vérification) sont communiquées à l'Assemblée législative avec les états financiers de la province et des organismes et fiducies que nous vérifions.

8.7 Nous sommes d'avis que notre travail demeure pertinent et qu'il contribue à :

- susciter la confiance du public à l'égard de notre régime gouvernemental;
- accroître la capacité de l'Assemblée législative de s'acquitter de sa responsabilité d'obtenir du gouvernement qu'il rende des comptes;
- accroître la capacité du gouvernement de s'acquitter de ses responsabilités au moyen de méthodes et de systèmes de gestion judicieux.

Nouveau plan stratégique

8.8 Nous avons entrepris en avril 2002 un travail de mise à jour du plan stratégique de 1998 de notre bureau. Recourant aux services d'un consultant externe, nous avons interviewé tous les membres du personnel du bureau et un échantillon représentatif de nos intervenants externes, qui sont définis comme les députés de l'Assemblée législative, les ministères et les organismes, les médias et le grand public. Nous avons achevé le nouveau plan en mai 2003. Le plan se trouve sur notre site Web.

8.9 Le nouveau plan stratégique énonce les trois principaux buts sur lesquels nous concentrerons nos efforts au cours des cinq prochaines années. Ces buts sont :

- que l'Assemblée législative et le public connaissent le travail que nous faisons et en apprécie la valeur, et qu'ils aient confiance dans notre capacité de fournir de l'information opportune, objective et crédible;
- que les ministères et les organismes acceptent et mettent en œuvre nos recommandations;
- que nos intervenants, soit l'Assemblée législative, le public, les entités vérifiées et nos employés, nous perçoivent comme menant par l'exemple.

8.10 Nous avons mis au point des stratégies visant chacun de ces buts, de même que des objectifs précis et des mesures à prendre. Chaque année, nous avons l'intention d'élaborer un plan d'activités pour établir des priorités pour chacun de nos objectifs. Nous avons établi les objectifs qui suivent comme priorités pour l'année en cours :

- améliorer notre méthode de sélection des sujets de vérification d'optimisation des ressources;
- élaborer et mettre en œuvre une stratégie globale en ressources humaines, stratégie qui comprend un plan des ressources humaines pour le bureau;
- mettre en œuvre une stratégie de gestion des risques pour le bureau;
- élaborer et mettre en œuvre des moyens de mesurer nos progrès et de faire rapport publiquement sur les résultats.

Indicateurs du rendement

8.11 Nous faisons rapport sur notre rendement depuis un certain nombre d'années maintenant. Notre plan stratégique 2003-2008 contient les indicateurs dont nous nous servirons pour déterminer nos progrès vers l'atteinte des buts que nous avons fixés. Bon nombre de ces indicateurs sont semblables à ceux que nous utilisons depuis cinq ans. Nous continuerons à faire enquête auprès des députés de l'Assemblée législative pour déterminer leur niveau de satisfaction à l'égard de notre travail. Nous ferons aussi enquête dans le même but auprès des entités que nous vérifions. Une enquête sera menée auprès de nos employés à compter de l'automne afin de déterminer leur niveau de satisfaction. De plus, nous continuerons à suivre l'acceptation et la mise en œuvre des recommandations qui figurent dans notre rapport annuel. Enfin, nous continuerons à nous efforcer de terminer notre travail à temps et dans les limites du budget.

8.12 Un nouvel indicateur sur lequel nous commencerons à faire rapport en 2004 est le coût des vérifications que nous réalisons. Nous avons toujours gardé le compte du temps que nous consacrons à chaque vérification; nous sommes actuellement en train de mettre au point un système d'établissement du coût de ce temps, et nous avons l'intention de publier l'information dans nos rapports annuels. De plus, nous continuerons à faire rapport sur le pourcentage de temps que nous consacrons directement au travail de vérification.

8.13 La présente section de notre rapport définit les indicateurs de notre plan stratégique de 1998, établis selon leur priorité stratégique, et discute nos progrès jusqu'à présent.

Répondre aux besoins des utilisateurs

8.14 Nous ferons enquête chaque année auprès des membres du Comité des comptes publics et du Comité des corporations de la

Couronne afin de mesurer l'efficacité avec laquelle nous répondons à leurs besoins.

8.15 Nous n'avons pas effectué d'enquête auprès des députés en 2003. Étant donné les élections de juin 2003, les membres du Comité des comptes publics et du Comité des corporations de la Couronne ne se sont pas réunis avant la fin de 2003 pour discuter de notre rapport de 2002 ou, en fait, de tout rapport des ministères ou des organismes pour l'exercice terminé le 31 mars 2002.

8.16 Nous mesurerons le degré auquel les recommandations qui figurent dans notre rapport annuel sont acceptées et mises en œuvre. Un suivi de chaque recommandation sera assuré durant une période de quatre ans.

8.17 Le chapitre 7 du rapport offre un aperçu des recommandations que nous avions formulées dans nos rapports de 1999 à 2001 à la suite de nos vérifications d'optimisation des ressources. Il fournit des détails sur les réponses des ministères à nos recommandations ainsi que notre évaluation de l'acceptation et de la mise en œuvre de ces recommandations.

8.18 Nous mesurerons le degré auquel les recommandations en matière de comptabilité et de communication de l'information formulées par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public de l'ICCA sont acceptées et mises en œuvre par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

8.19 Nous suivons cet indicateur dans le cadre de notre vérification annuelle des états financiers du gouvernement provincial. Cependant, une question importante qui n'est pas encore réglée est que la province n'effectue toujours pas de suivi ni de rapport concernant son investissement cumulatif dans les immobilisations corporelles. Quelques informations sur les immobilisations corporelles sont présentées dans les notes afférentes aux états financiers de 2003.

8.20 La vérification du gouvernement du Nouveau-Brunswick sera terminée le 30 juin au plus tard, et les vérifications de tous les organismes de la Couronne et fonds en fiducie seront terminées le 30 septembre au plus tard.

8.21 Nous n'avons pas la pleine maîtrise sur notre capacité d'atteindre l'objectif en question, puisque cela dépend en réalité de la date à laquelle les clients que nous vérifions clôturent leurs livres pour l'exercice et sont prêts, de sorte que nous puissions faire notre travail. Mis cela à part, nous pensons qu'il s'agit d'un indicateur important, car il nous incite à encourager nos clients à clôturer leurs livres le plus rapidement possible. Nous sommes en faveur d'une communication en temps opportun de l'information financière. De plus, l'indicateur aide

notre bureau à terminer le travail de vérification au plus tard à la date prévue.

8.22 La vérification du gouvernement du Nouveau-Brunswick n'était pas terminée au 30 juin. Un certain nombre de questions de nature comptable, y compris des modifications importantes apportées aux conventions comptables de la province, ont retardé l'achèvement des états financiers et notre vérification.

8.23 Nous sommes les vérificateurs de 19 organismes de la Couronne, de 6 régimes de retraite et du Fonds de stabilisation financière. Au 30 septembre, nous avions terminé la vérification de 14 organismes de la Couronne et de 3 régimes de retraite. En ce qui concerne les cinq organismes de la Couronne dont la vérification n'était pas terminée, des retards ont eu lieu en raison d'une pénurie de ressources à notre bureau pour faire le travail. Au 31 octobre, les cinq vérifications étaient achevées et avaient chacune fait l'objet d'un rapport. Les états financiers du Fonds de stabilisation financière et les états financiers des trois régimes de retraite n'étaient pas prêts pour la vérification dans un délai qui nous aurait permis de respecter notre cible du 30 septembre, et nous n'aurions pas eu les ressources voulues pour effectuer le travail pour cette date.

Viser une utilisation efficace des ressources

8.24 **Les vérifications financières et les vérifications d'optimisation des ressources seront réalisées dans les délais prévus.**

8.25 Nous établissons des calendriers de vérification détaillés pour chacune de nos vérifications. Durant la vérification, nous suivons le temps consacré par les membres du personnel à des parties individuelles du travail. À la fin de chaque vérification, nous récapitulons le temps total consacré au travail, comparons ce temps aux heures totales budgétées et analysons les principaux écarts. Pour nos vérifications financières, nous utilisons les résultats de cette analyse pour nous aider à préparer le calendrier du travail de l'exercice suivant.

8.26 Le temps réel consacré à notre vérification des états financiers de la province a peu varié par rapport au nombre d'heures prévues au budget. Le temps excédentaire (environ 300 heures) est presque entièrement attribuable au temps supplémentaire qu'a exigé l'étude des questions comptables qui ont émergé après l'achèvement du travail de vérification déjà prévu. La vérification des 17 organismes de la Couronne et régimes de retraite que nous avons achevée au 30 septembre a été menée selon les heures budgétées ou presque.

8.27 Durant l'année, nous avons entrepris six importantes vérifications d'optimisation des ressources qui ont mené à la rédaction de chapitres dans le présent rapport. Trois des six vérifications ont duré plus longtemps que prévu. Nous continuons à analyser chaque expérience de vérification afin d'améliorer l'efficience avec laquelle nous effectuons notre travail et d'être plus réalistes dans l'établissement

de nos budgets. Cependant, contrairement à notre travail de vérification financière qui est essentiellement le même d'un exercice à l'autre, les vérifications d'optimisation des ressources sont généralement uniques, et l'expérience à en tirer est très limitée.

8.28 Soixante pour cent de toutes les heures professionnelles rémunérées à notre bureau seront directement consacrées aux vérifications d'états financiers ou aux vérifications d'optimisation des ressources.

8.29 Une analyse détaillée de l'emploi du temps du personnel pour 2002 montre que 56,72 % du total des heures rémunérées de l'ensemble du personnel, à l'exception de notre personnel de soutien administratif, a été directement consacré au travail de vérification (y compris le travail visant notre rapport annuel). Durant les six premiers mois de 2003, ce chiffre est passé à 61,22 %. Le temps non consacré à la vérification comprend les jours fériés, les vacances, les cours suivis par les stagiaires et le personnel professionnel, les congés de maladie et les tâches administratives qui ne peuvent être imputées à une vérification en particulier. Nous sommes déçus de ne pas avoir atteint notre objectif en 2002, ce que nous attribuons au temps consacré à notre processus de planification stratégique, aux retards occasionnés par des travaux de rénovation majeurs dans nos locaux et à deux congés de maladie prolongés durant l'année.

8.30 Sur le temps total consacré directement aux vérifications d'états financiers et aux vérifications d'optimisation des ressources, 45 % sera relié aux vérifications d'optimisation des ressources.

8.31 Notre analyse montre que, en 2002, nous avons consacré 51,91 % du temps total de vérification à des vérifications d'optimisation des ressources. Durant les six premiers mois de 2003, ce pourcentage s'est chiffré à 48,98 %. Au cours des dernières années, nous avons fait des efforts consciencieux et fructueux pour réduire le temps consacré aux vérifications d'états financiers afin d'avoir plus de temps à consacrer aux projets de vérification d'optimisation des ressources.

Respecter les normes professionnelles

8.32 Nous observerons les normes exigées par le Comité de contrôle des cabinets de l'Institut des comptables agréés du Nouveau-Brunswick.

8.33 La dernière inspection des dossiers de notre bureau par l'institut a eu lieu en novembre 2000. L'inspection a conclu que nous continuons à répondre aux normes qu'il exige. Aucune exception n'a été notée.

Informations financières

8.34 La pièce 8.2 contient les dépenses réelles et les affectations budgétaires par code primaire pour 2001-2002 et 2002-2003. À titre comparatif, la pièce comprend également le budget approuvé de 2003-2004.

8.35 Les frais de personnel continuent de représenter environ 90 % de notre budget, et nous avons sous-utilisé ce poste de 64 300 $ pour l'exercice terminé le 31 mars 2003 en raison de deux congés non rémunérés et d'un congé de maternité.

8.36 Les dépenses du poste Autres services ont dépassé le budget de 43 300 $, surtout en raison de l'embauche d'un consultant pour nous aider dans notre planification stratégique.

8.37 Les coûts des biens et du matériel ont dépassé le budget de 17 000 $. Une somme de 59 000 $ a été passée en charge à notre budget par le ministère de l'Approvisionnement et des Services pour la rénovation de nos locaux. Nous avons récupéré une partie de ce montant en reportant l'achat de matériel informatique et en ne remplaçant pas notre serveur.

Pièce 8.2
Dépenses réelles et affectations budgétaires (en milliers de dollars)

	2004	2003		2002	
	Budget	**Budget**	**Montants réels**	**Budget**	**Montants réels**
Frais de personnel	1 473,8	1 446,5	1 382,2	1 420,7	1 344,9
Autres services	138,2	124,2	169,5	122,8	137,7
Fournitures et approvisionnemen	8,4	8,1	7,8	8,3	6,8
Biens et matériel	52,6	76,2	93,2	45,2	28,5
	1 673,0	**1 655,0**	**1 652,7**	**1 597,0**	**1 517,9**

8.38 Après l'approbation par l'Assemblée législative de notre budget de 2004, le Conseil de gestion nous a demandé de réduire le total de 5 %, ce qui représente 83 650 $. Nous nous sommes toujours conformés aux mesures de compression du gouvernement et, dans l'esprit du but que nous nous sommes fixés de mener par l'exemple, nous avons constamment dépensé moins que notre affectation budgétaire. Toutefois, nous avons été obligés dans ce cas d'informer le Conseil de gestion que nous ne serions pas en mesure de respecter sa demande en totalité. Nous avons reporté l'achat d'ordinateurs et limité les déplacements, et nous ferons tout en notre pouvoir pour maîtriser nos dépenses durant le reste de l'exercice. En revanche, les compressions budgétaires à répétition ont considérablement réduit le niveau de dotation en personnel de notre bureau et, par conséquent, l'étendue du travail que nous pouvons accomplir pour l'Assemblée législative. Cette question ainsi que la méthode d'établissement de notre budget sont discutés plus en détail dans le chapitre 1 du présent rapport.

8.39 Notre loi exige une vérification annuelle de nos comptes par un vérificateur compétent, nommé par le président de l'Assemblée législative, sur l'avis du Conseil de gestion. La vérification est réalisée

par le Bureau du contrôleur, qui dépose son rapport de vérification à l'Assemblée législative.

Ressources humaines

8.40 Notre bureau continue de fournir de l'expérience et de la formation aux membres de notre personnel. Les nouveaux employés doivent s'inscrire à un programme de comptabilité professionnelle, à savoir CA (comptable agréé), CMA (comptable en management accrédité) ou CGA (comptable général licencié). Avant de pouvoir entreprendre cette formation professionnelle, on doit détenir au minimum un diplôme universitaire de premier cycle.

8.41 Le roulement de personnel est une conséquence inévitable du rôle de formation que joue notre bureau pour les professionnels. Toutefois, une seule personne a quitté le bureau durant l'année.

8.42 Notre effectif, fondé sur le budget dont nous disposons, est demeuré inchangé durant l'année et se chiffrait à 24 personnes. Brent White CA, Paul Jewett CA et Phil Vessey CA dirigent les trois équipes de vérification. Au 31 mars 2003, 17 membres du personnel professionnel détenaient un titre professionnel comptable. Notre personnel comprenait aussi cinq étudiants inscrits à un programme de comptabilité. Les deux autres membres de notre personnel fournissent des services de soutien administratif. Voici la liste des membres du personnel au 31 mars 2003 :

Lorna Bailey(1)
Mylène Chiasson(2)
Cathy Connors Kennedy, CA
Jocelyn Durette, CA
Kim Embleton(2)
Debbie Graye(2)
Deidre Green, CA
Sarah Hearn(2)
Eric Hopper, CA
Peggy Isnor, CA
Paul Jewett, CA
Cecil Jones, CA
Nick McCarthy(2)
Bill Phemister, CA
Bonnie Pitre, CA
Ken Robinson, CA
Yvonne Samson, CA
Al Thomas, CA
Phil Vessey, CA
Brent White, CA
Darlene Wield(1)
Daryl Wilson, FCA
Tania Wood, CA
Shauna Woodside, CA

(1) Soutien administratif
(2) Stagiaires inscrits à un programme de comptabilité professionnelle

Annexes

Contenu

Sommaire des vérifications importantes réalisées dans les ministères et les organismes de la Couronne depuis six ans 215

Articles de la *Loi sur le vérificateur général* se rapportant aux fonctions du vérificateur général (voir pages 199 - 204 de l'anglais)

Sommaire des vérifications importantes réalisées dans les ministères et les organismes de la Couronne depuis six ans

Les paragraphes qui suivent résument les vérifications d'optimisation des ressources dont nous avons fait rapport dans des chapitres distincts de nos rapports annuels des six dernières années, organisées par ministère ou organisme. L'année de rapport est indiquée entre parenthèses après la mention du sujet de la vérification. La liste contient le nom actuel du ministère ou de l'organisme, même si, dans certains cas, la vérification a eu lieu avant la réorganisation du gouvernement.

Ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture

Examen des mesures législatives (2000)

Le chapitre examine le degré auquel le ministère satisfait à ses responsabilités administratives en ce qui concerne les mesures législatives qui lui sont affectées et voit si les résultats font l'objet d'une évaluation adéquate et d'un rapport à l'Assemblée législative.

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

Gestion des risques assurables associés aux bâtiments publics (2003)

Le chapitre examine si le ministère gère les risques assurables importants associés aux bâtiments publics dont il est responsable.

Téléphones cellulaires (2002)

Le chapitre examine si gouvernement a en place un système adéquat pour administrer l'acquisition et l'utilisation des téléphones cellulaires.

Archives provinciales du Nouveau-Brunswick (2001)

Le chapitre examine les activités des Archives provinciales du Nouveau-Brunswick. Il analyse leur rôle dans l'évaluation et la conservation des documents d'archives.

Achats (2001)

Le chapitre examine si le ministre s'acquitte de ses responsabilités en vertu de la *Loi sur les achats publics* et de son règlement.

Contrats visant les professionnels en TI (2001)

Le chapitre présente les résultats d'un examen de 40 contrats de six ministères pour des services de différents professionnels en technologie de l'information.

Fonds pour l'aménagement des terres (2000)

Le Fonds pour l'aménagement des terres achète, aménage et vend des terres au nom du gouvernement. Le chapitre examine si le fonds atteint les objectifs pour lesquels il a été créé. Le chapitre examine également le degré de conformité à la directive gouvernementale sur la cession des biens réels.

Ministère de l'Éducation

Transport scolaire (2001)

Le chapitre examine les systèmes et les méthodes mis en place par le ministère de l'Éducation pour assurer le transport sécuritaire des élèves en provenance et à destination des écoles.

L'Excellence en éducation (1998)

Le chapitre examine si le gouvernement a en place des mécanismes appropriés pour mesurer l'efficacité des initiatives liées à L'Excellence en éducation et en faire rapport, et si le gouvernement respecte les dispositions en matière de comptabilité et de vérification établies par le Conseil de gestion.

Ministère d'Entreprises Nouveau-Brunswick

Aide financière aux entreprises et présentation de l'information sur le rendement (1998)

Le chapitre examine si le ministère approuve et surveille de manière adéquate l'aide financière offerte aux entreprises en vertu de la *Loi sur le développement économique*, et si un système approprié de rapport sur l'efficacité a été mis en place au ministère et fonctionne.

Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux

Inspections environnementales (2002)

Le chapitre examine le processus d'inspection établi par le ministère pour surveiller la conformité aux lois provinciales sur l'environnement et en faire rapport.

Qualité de l'eau des puits domestiques (2000)

Un approvisionnement fiable en eau potable est important pour tous. Environ 40 % de la population du Nouveau-Brunswick qui vit dans une petite ville ou une région rurale compte sur un puits domestique comme source d'eau principale. Deux règlements afférents à la *Loi sur l'assainissement de l'eau* contribuent à prévenir les problèmes d'eau potable pour les personnes qui sont alimentées par un puits domestique nouvellement foré ou creusé, à savoir le *Règlement sur les puits d'eau* et le *Règlement sur l'eau potable*. Le chapitre examine la mesure dans laquelle le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et le ministère de la Santé et du Mieux-être s'assurent de la conformité aux règlements en matière de puits privés.

Programme d'intendance des pneus (1999)

Le chapitre examine l'approche adoptée par le gouvernement pour établir le programme d'intendance des pneus et voit si le ministère supervise le programme conformément à la loi et au règlement. Nous avons aussi examiné la mesure dans laquelle le public est protégé contre le danger d'un incendie de pneus.

Ministère des Finances

Dépenses fiscales (2003)

Le chapitre examine et évalue les processus suivis pour approuver, surveiller et évaluer les programmes de dépenses fiscales et en faire rapport.

Gouvernance des régimes de retraite (2002)

Le chapitre examine si les préposés à la gouvernance de deux régimes de retraite provinciaux ont établi des mécanismes satisfaisants pour mesurer l'efficacité des activités de gestion de l'actif et en faire rapport.

Programme de retraite anticipée (2001)

Le chapitre examine le processus suivi par le gouvernement pour en arriver à la décision d'offrir un programme de retraite anticipée à ses employés.

Gouvernance des régimes de retraite (2000)

Le chapitre examine la structure de gouvernance de quatre régimes de retraite parrainés par le gouvernement provincial. Ce chapitre représente la première étape d'un examen complet des régimes de retraite, qui couvrent plus de 40 000 employés et détiennent des actifs nets dépassant 7 milliards de dollars.

Taxe à la consommation (1999)

Le 1^er^ avril 1997, la taxe de vente harmonisée, administrée par le gouvernement fédéral, a remplacé la taxe à la consommation provinciale. Depuis, le gouvernement a recruté des vérificateurs additionnels pour repérer les taxes non établies. Le chapitre examine l'économie et l'efficience de cet effort de vérification spécial ainsi que la perception de la taxe de vente en général.

Contrats de location d'Evergreen et de Wackenhut (rapport spécial pour le Comité des comptes publics - 1998)

Notre objectif, dicté par le Comité des comptes publics, était le suivant : « examiner les modalités financières des contrats d'Evergreen et de Wackenhut et comparer le coût total des arrangements avec le secteur privé à celui des méthodes traditionnelles du gouvernement. »

Ministère de la Formation et du Développement de l'emploi

Programmes de développement de l'emploi (2002)

Le chapitre examine la gestion des programmes de développement économique et voit si des procédures adéquates sont en place pour mesurer l'efficacité des programmes et en faire rapport.

Ministère des Ressources naturelles et de l'Énergie

Gestion des terres de la Couronne (2001)

Le chapitre examine les responsabilités du ministre à l'égard des terres de la Couronne et analyse la capacité du ministère de mesurer l'efficacité des programmes de gestion des terres de la Couronne et d'en fait rapport.

Terres à bois privées (2000)

Le chapitre examine le rôle du gouvernement pour ce qui est d'encourager l'aménagement des terres à bois privées comme source principale de bois des installations de transformation du bois de la province.

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Reddition de comptes des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques (2003)

Le chapitre cherche à savoir si le ministère a en place des processus redditionnels appropriés pour les activités des hôpitaux psychiatriques et des unités de soins psychiatriques qui sont sous la direction des régies régionales de la santé.

Système de prestation de services aux clients (2002)

Le chapitre examine pourquoi l'élaboration du Système de prestation de services aux clients, approuvé en 1995 pour un total de 4,5 millions de dollars et qui devait être opérationnel au bout de trois ans, coûte beaucoup plus cher et prend beaucoup plus de temps que prévu. Le chapitre examine aussi s'il y a eu non-respect des arrangements contractuels, des directives gouvernementales ou des mesures législatives provinciales en rapport avec les coûts plus élevés et le temps de réalisation plus long.

Plan de médicaments sur ordonnance (2001)

Le chapitre examine le plan gouvernemental qui fournit des prestations pharmaceutiques aux personnes recevant de l'aide au revenu et aux personnes dont les frais de médicaments dépassent leur capacité de payer. L'objectif était de déterminer si les ministères ont en place des mécanismes et des méthodes appropriés pour s'assurer que le programme est offert à chaque personne admissible à des avantages en vertu du plan et que le plan fournit des services uniquement aux personnes qui y sont admissibles.

Qualité de l'eau des puits domestiques (2000)

Un approvisionnement fiable en eau potable est important pour tous. Environ 40 % de la population du Nouveau-Brunswick qui vit dans une petite ville ou une région rurale compte sur un puits domestique comme source d'eau principale. Deux règlements afférents à la *Loi sur l'assainissement de l'eau* contribuent à prévenir les problèmes d'eau potable pour les personnes qui sont alimentées par un puits domestique nouvellement foré ou creusé, à savoir le *Règlement sur les puits d'eau* et le *Règlement sur l'eau potable*. Le chapitre examine la mesure dans laquelle le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et le ministère de la Santé et du Mieux-être s'assurent de la conformité aux règlements en matière de puits privés.

Salubrité des aliments (1999)

Le chapitre examine le rôle de la province dans l'inspection des 2 870 établissements de services alimentaires. L'objectif de ce projet était de déterminer si les systèmes en place et les pratiques courantes sont suffisants pour assurer la conformité des établissements de services alimentaires aux règlements afférents à la *Loi sur la santé* provinciale.

Hôpital extra-mural (1999)

Le 1er juillet 1996, l'Hôpital extra-mural est devenu le Programme extra-mural et a été intégré aux corporations hospitalières régionales. Pourquoi une telle décision a été prise? Comment le gouvernement prend-il de telles décisions? L'intérêt que nous portons au processus décisionnel du gouvernement nous a incités à examiner la décision relative à la fusion.

Services d'ambulance (1998)

Le chapitre examine les conséquences du remplacement des services bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean avec des fournisseurs de services rémunérés.

Ministère de la Sécurité publique

Bureau du prévôt des incendies (2002)

Le chapitre examine si le Bureau du prévôt des incendies s'assure adéquatement de la mise en application des dispositions de la *Loi sur la prévention des incendies*, et s'il a en place des mécanismes et des méthodes appropriés sur le plan des ressources humaines pour s'acquitter de manière suffisante de la prestation des programmes provinciaux de protection et de sécurité-incendie.

Conducteurs à risque élevé (2001)

Le chapitre examine si le ministère a en place un système pour repérer les conducteurs de voitures particulières à risque élevé et prendre des mesures appropriées en conséquence. Il examine aussi une classe particulière de conducteurs à risque élevé, les apprentis conducteurs.

Ministère des Services familiaux et communautaires

Installations de garderie (2003)

Le chapitre examine si le ministère a des directives et des méthodes appropriées pour assurer le respect des mesures législatives et des normes provinciales visant les installations de garderie.

Plan de médicaments sur ordonnance (2001)

Le chapitre examine le plan gouvernemental qui fournit des prestations pharmaceutiques aux personnes recevant de l'aide au revenu et aux personnes dont les frais de médicaments dépassent leur capacité de payer. L'objectif était de déterminer si les ministères ont en place des mécanismes et des méthodes appropriés pour s'assurer que le programme est offert à chaque personne admissible à des avantages en vertu du plan et que le plan fournit des services uniquement aux personnes qui y sont admissibles.

Ministère des Transports

Agence de gestion des véhicules (2002)

Le chapitre examine si l'Agence de gestion des véhicules fournit des services de réparation et d'entretien aux automobiles, aux voitures des hauts fonctionnaires et aux camions légers du gouvernement d'une manière qui minimise les coûts et optimise l'efficience. Le chapitre examine également si l'agence a en place des mécanismes et des méthodes adéquats pour surveiller la consommation de carburant des voitures et des camions légers du gouvernement et en assurer le contrôle.

Services de génie-conseil et matériaux routiers (2000)

Le chapitre examine les procédures que suit le ministère pour obtenir des services de génie-conseil et gérer ses stocks de matériaux routiers. Le chapitre examine également les progrès réalisés par le ministère dans la mise en œuvre de spécifications de produit fini comme garantie de qualité de la construction routière.

Vérifications à l'échelle du gouvernement

Administration des contrats (1999)

De plus en plus de services gouvernementaux sont fournis par le secteur privé à la suite de privatisations, de partenariats entre le secteur public et le secteur privé et d'arrangements d'impartition. Par notre travail de vérification dans ce domaine, nous avons voulu déterminer quels mécanismes sont en place pour vérifier si les contrats sont administrés selon les conditions négociées.

Location à bail de matériel (1999)

Nos objectifs de vérification dans le cadre de ce projet étaient de voir si les décisions de louer sont prises en tenant compte du principe d'économie et si les contrats de location sont comptabilisés correctement dans les livres de la province. Notre analyse et nos conclusions sont fondées sur l'examen de décisions relatives à la location à bail d'ordinateurs personnels, de photocopieuses, de camions-citernes et d'équipement lourd.

Mesure du rendement et rapport sur l'efficacité (1999)

Le gouvernement provincial a adopté sa première directive sur les rapports annuels il y a dix ans. La directive reconnaît que les rapports des ministères et des organismes sont le principal document de reddition de comptes pour l'Assemblée législative et le public. Le chapitre examine les progrès réalisés au cours des dix dernières années dans le domaine de la mesure du rendement et du rapport sur l'efficacité.

Projet routier entre Fredericton et Moncton (1999)

Le chapitre examine le processus décisionnel qui a mené à la remise d'une demande de propositions à trois soumissionnaires retenus en sélection finale le 27 mars 1997. La demande de propositions montrait clairement que le gouvernement avait l'intention de construire la route au moyen d'un partenariat entre le secteur public et le secteur privé. Nous avons examiné les objectifs gouvernementaux établis pour le projet et cherché à savoir si d'autres arrangements avaient été envisagés et si la demande de propositions prenait en compte les objectifs gouvernementaux.

Vérifications des organismes de la Couronne

Gouvernance des sociétés de la Couronne (2003)

Le chapitre résume les résultats de nos examens sur la gouvernance des cinq dernières années, examine des méthodes en vigueur ailleurs et formule des recommandations globales sur les mesures que peut prendre le gouvernement provincial en vue d'améliorer la gouvernance des organismes de la Couronne.

Gouvernance des corporations hospitalières (1998)

Pour ce projet, nous avions comme objectif de mieux comprendre les arrangements en matière de gouvernance en ce qui a trait aux corporations hospitalières régionales de la province et d'obtenir l'opinion des membres de conseil sur certaines questions qui influencent le rôle et l'efficacité des conseils des corporations hospitalières.

NB Agriexport Inc. (2000)

Le chapitre fait état des résultats d'un examen spécial des activités et de la reddition de comptes de NB Agriexport Inc., effectué à la demande du Comité des corporations de la Couronne.

Régies régionales de la santé (2000)

Le chapitre résume les observations et les recommandations que le vérificateur général a formulées après avoir aidé le Comité des corporations de la Couronne à tenir ses premières audiences avec les corporations hospitalières régionales.

Société des alcools du Nouveau-Brunswick

Gouvernance (1999)

Notre bureau s'intéresse depuis un certain nombre d'années à la gouvernance et à la reddition de comptes des sociétés de la Couronne. Cette année, nous avons examiné les pratiques entourant la gouvernance et la reddition de comptes à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick.

Société de développement régional

Fonds de développement économique (1999)

En 1997-1998, le Fonds de développement économique a dépensé plus de 15 millions de dollars pour des projets tels que la commercialisation du tourisme, le développement de l'agriculture, la sylviculture sur les terres de la Couronne et Film Nouveau-Brunswick. Par notre travail dans ce domaine, nous voulions nous assurer que des mécanismes adéquats sont en place pour l'approbation du financement et la surveillance des projets.